

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA



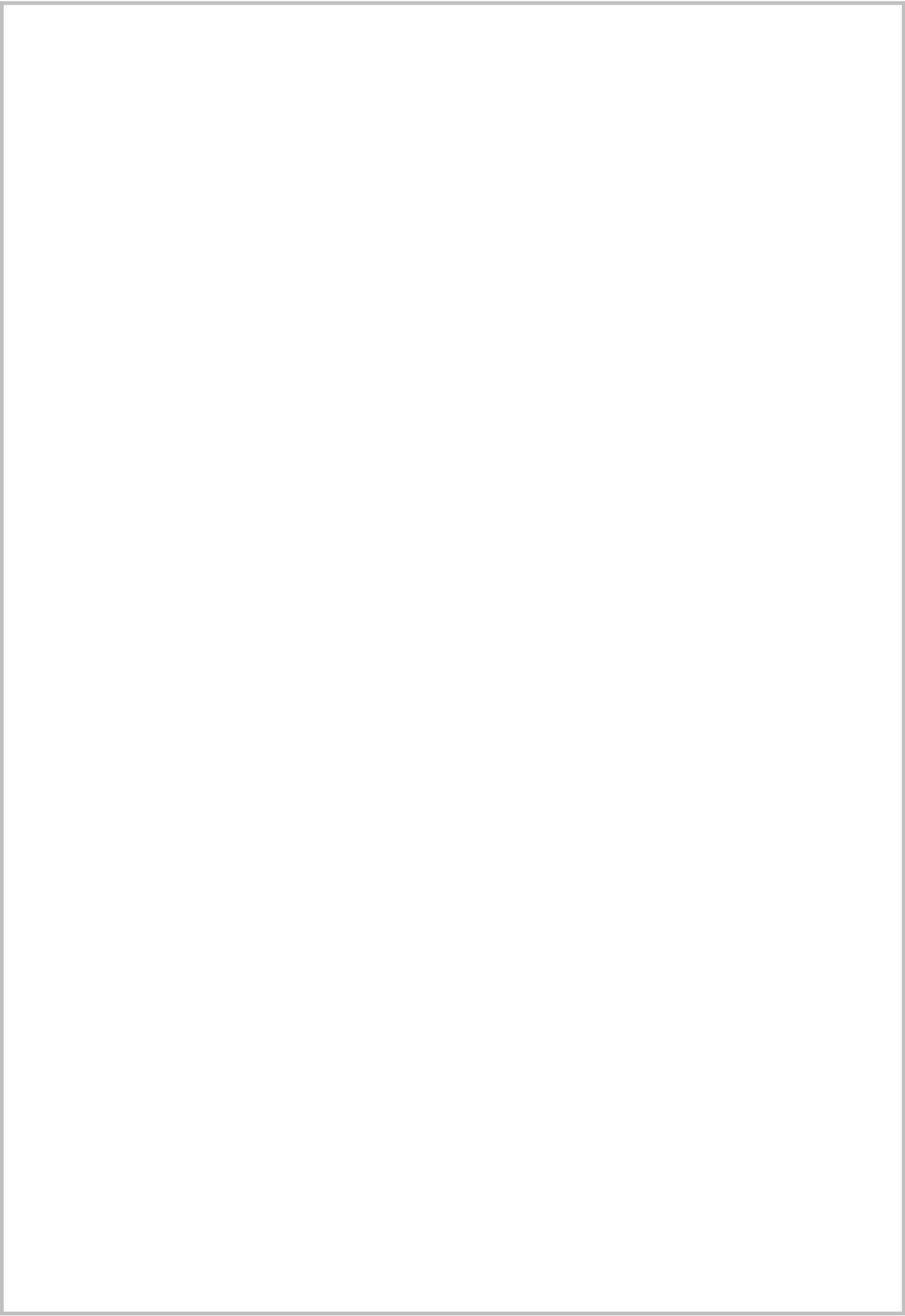
COMPORTAMENTO AUTOLESIVO NA PERSONALIDADE BORDERLINE

Carla Maria de Jesus Almeida Guitana

Orientadora: Prof. Doutora Maria da Purificação Cunha Horta

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Ciências e
Tecnologias da Saúde, Especialidade Desenvolvimento Humano e Social

2018



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA



COMPORTAMENTO AUTOLESIVO NA PERSONALIDADE BORDERLINE

Carla Maria de Jesus Almeida Guitana

Orientadora: Prof. Doutora Maria da Purificação Cunha Horta

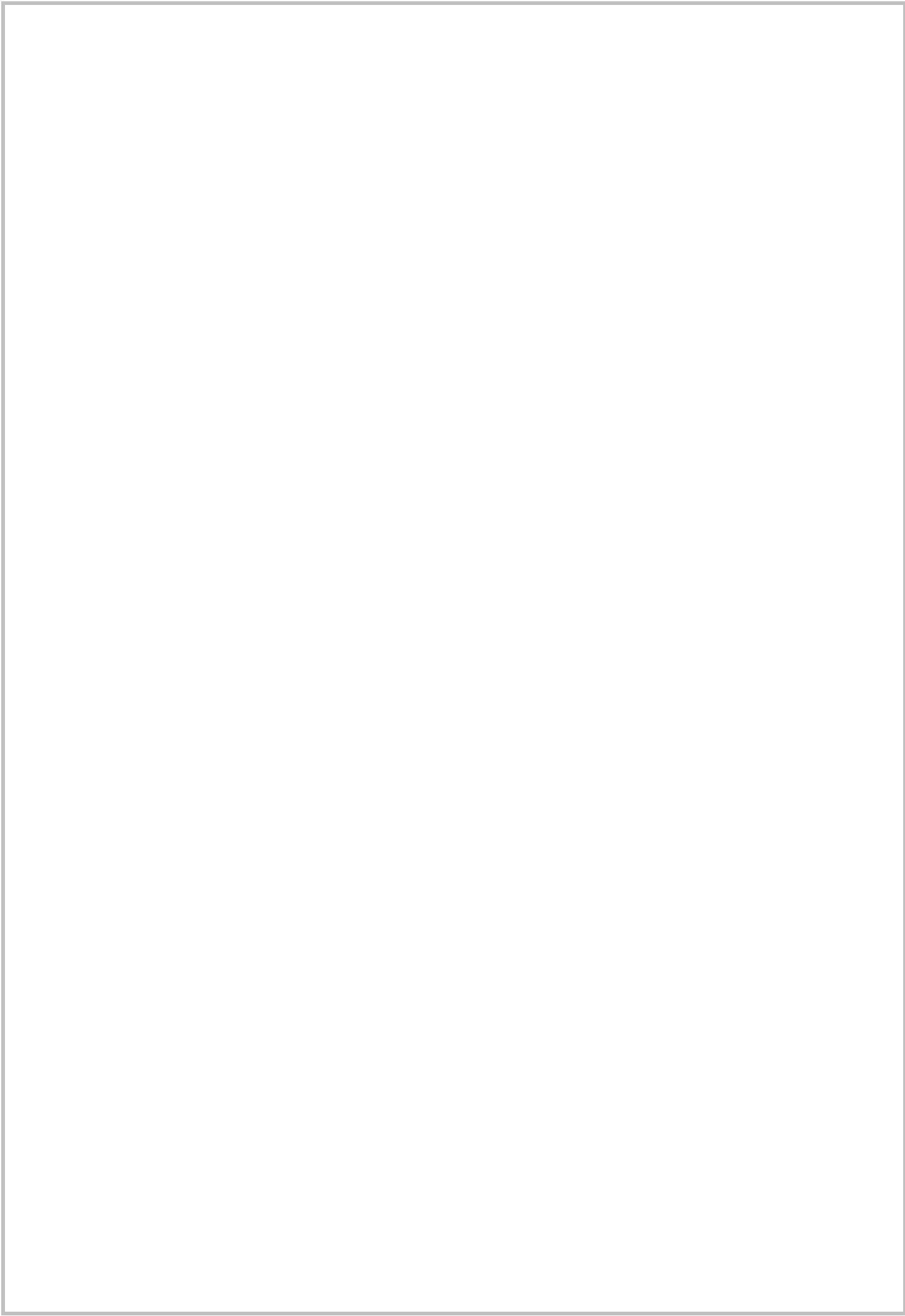
Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde, Especialidade Desenvolvimento Humano e Social

Júri:

Presidente: Doutor José Luís Bliebernicht Ducla Soares, Professor Catedrático em regime de *tenure*, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutora Ana Paula Pais Rodrigues da Fonseca Relvas, Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra;
- Doutora Maria Raquel Camarinha da Silva dos Santos Barbosa, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto;
- Doutora Joana Maria Aleluia Gomes Sequeira, Professora Auxiliar do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra;
- Doutor António José Feliciano Barbosa, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Doutor António Diogo de Albuquerque Almeida Leite Telles Correia, Professor Auxiliar Convidado com Agregação da Faculdade de Lisboa da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria da Purificação Cunha Horta, Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (*Orientadora*).



RESUMO

A impulsividade, a raiva e a baixa autoestima caracterizam a personalidade borderline, mas parecem estar também presentes no comportamento autolesivo. Estas características associam-se à vulnerabilidade e aos sintomas mais frequentemente apresentados por aqueles que se autolesionam e apesar do comportamento autolesivo ser prevalente nesta personalidade e constituir um risco acentuado para tentativas de suicídio, não é claro o motivo pelo qual alguns destes sujeitos se autolesionam e outros não. Também tem sido sugerido a influência da raiva, da autoestima e da impulsividade no diagnóstico e prognóstico borderline.

A literatura apresenta uma lacuna no que diz respeito à distinção destes sujeitos com diagnóstico borderline, e à influência destas características no seu diagnóstico e no comportamento autolesivo. Assim, este é o primeiro estudo que visa estes objetivos.

A amostra, constituída por 41 pacientes de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 19 e os 49 anos, foi recolhida no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria. Os pacientes foram avaliados para o diagnóstico de perturbação da personalidade borderline de acordo com o DSM-IV-TR (SCID-II), para a autoestima (RSES), impulsividade (BIS-11), e raiva (STAXI). Adicionalmente, os sintomas psicopatológicos também foram avaliados (SCL90). Formaram-se dois grupos, o grupo **BCA (Borderline Com Autolesão)** e o grupo **BSA (Borderline Sem Autolesão)**. As autolesões incluíram cortes e queimaduras.

Foram observadas diferenças entre os grupos. A autoestima revelou-se significativamente mais baixa naqueles que se autolesionam ($p < .001$) e o seu reforço mostrou um impacto significativo ($p = .004$) na explicação da gravidade do diagnóstico borderline destes mesmos pacientes.

Curiosamente, existem outras diferenças entre os grupos. Os resultados também sugerem que o reforço da autoestima dos pacientes do grupo BCA parece contribuir para o aumento da vivência da raiva ($p < .001$), enquanto nos pacientes do grupo BSA parece contribuir para a diminuição da sintomatologia ($p = .005$) e da tendência para reagir com raiva ($p = .006$). Quanto ao comportamento autolesivo, a impulsividade mostrou-se como único fator importante ($p = .007$) para explicar a frequência das autolesões.

Estas possíveis diferenças poderão ajudar a distinguir estes pacientes, contribuindo assim para a compreensão dos mecanismos subjacentes ao comportamento autolesivo. Estas também poderão influenciar a escolha das intervenções pela possibilidade de levar a

diferentes resultados de acordo com a presença ou ausência de autolesões nesta patologia da personalidade.

Os mecanismos de defesa poderão ter um papel importante e moderador entre a autoestima e a raiva, e ajudarem a explicar estas diferenças.

Palavras-chave: Perturbação da personalidade borderline, autolesão, raiva, autoestima, impulsividade.

ABSTRACT

Impulsivity, anger and low self-esteem characterize Borderline Personality Disorder (BPD) but also seem to be present in Self-Injury Behavior (SIB). These variables are associated to the vulnerability and to the most frequent features present in those who self-injure, and despite SIB is prevalent in BPD and its presence appears to double the risk of suicidal behavior, it is not clear why some patients self-injure, and others don't. It has also been suggested that anger, self-esteem and impulsivity may influence the BPD diagnosis and prognosis.

There is a gap in literature concerning the distinguish of BPD subjects, the influence of these variables in their diagnosis and in the SIB. So, this is the first study aimed to investigate these goals.

Forty-one patients, from both sexes, ages between 19 and 49, were recruited from the psychiatric service of Hospital de Santa Maria. Patients were evaluated to diagnose the borderline personality according to the DSM-IV-TR (SCID-II), for self-esteem (RSES), anger (STAXI) and impulsivity (BIS-11). Additionally, symptoms were evaluated (SCL90). Two groups were formed, one with SIB (**BCA**) and the other without it (**BSA**). Self-injuries included cuts and burns.

Results suggested differences between groups. Data suggested that self-esteem appears to be significantly lower in borderline patients who injure themselves ($p < .001$), and its strengthening showed a significant impact explaining the severity of their borderline diagnosis ($p = .004$).

Curiously, results showed other differences between groups. The strengthening of self-esteem in BCA patients seems to contribute to the increase of anger-state ($p < .001$), while in patients without SIB, it seems to contribute to the decrease of psychopathology ($p = .005$) and of anger-reaction ($p = .006$). Finally, it was found that impulsivity was the only variable that was significantly associated ($p = .007$) with the increase of frequency of SIB.

These possible differences may help distinguish borderline patients by increasing the understanding of self-injury underlying mechanisms. These differences may influence intervention decisions because they may lead to different outcomes, according to the presence or absence of SIB in BPD.

Defense mechanisms may play an important and moderating role between self-esteem and anger, and help explain these differences.

Keywords: Borderline personality disorder, self-injury, anger, self-esteem, impulsivity.

ABREVIATURAS

AL – Autolesão

BCA – Borderline com autolesão

BIS-11 – Escala de impulsividade de Barratt

BSA – Borderline sem autolesão

CAL – Comportamento autolesivo

PB – Perturbação da personalidade borderline

RSES – Escala de autoestima de Rosenberg

SCDI-II – Entrevista semiestruturada para as perturbações da personalidade do DSM-IV

SCL-90 – Escala de sintomas gerais

STAXI – Inventário da raiva estado-traço

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Doutora Maria da Purificação Horta, pela sua orientação no decurso desta investigação.

Ao Dr. Antero Rodrigues pela realização da análise estatística dos dados.

À Dra. Teresa Fialho e ao Professor Doutor Filipe Barbosa pela disponibilidade sempre presente, dando um grande contributo na recolha desta amostra, e pelo precioso apoio.

À Dra. Filomena Sousa, à Dra. Lucinda Bastos e à Dra. Susana Loureiro por se terem disponibilizado a sinalizar também alguns pacientes no início desta investigação.

À Dra. Cristina Caldeira e Dra. Patricia Marques pelo rastreio e envio de alguns pacientes, mas também pela amizade, carinho e escuta ao longo de toda a investigação.

À minha amiga de longa data, a Dra. Mafalda Andrea, pelo seu apoio incondicional e disponibilidade nos momentos mais críticos deste processo.

Aos meus colegas, Mestre Tiago Mendes e Professor Doutor Samuel Pombo pelo apoio e preocupação.

À minha família pelo seu apoio, e principalmente ao meu filho Pedro, pela compreensão e paciência demonstradas pelas horas de ausência, mergulhadas em artigos, dados e angústias, nestes últimos anos.

Finalmente, aos pacientes, sem os quais este trabalho não seria possível, e a quem o dedico,

o meu profundo obrigado!

ÍNDICE

RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ABREVIATURAS	IX
AGRADECIMENTOS	XI
1. INTRODUÇÃO TEÓRICA	1
1.1 PERSONALIDADE BORDERLINE	3
1.1.1 Referência histórica	3
1.1.2 Padrão da personalidade borderline	5
1.1.3 Diagnóstico da personalidade borderline	6
1.1.4 Representação e prevalência	11
1.1.5 Relações interpessoais	13
1.1.6 Instabilidade afetiva	16
1.2 AUTOESTIMA	19
1.2.1 Conceito	19
1.2.2 Nível de autoestima	19
1.2.3 Autoestima implícita e explícita	20
1.2.4 Instabilidade da autoestima	20
1.2.5 Autoestima contingente	20
1.2.6 Relação da autoestima com a vinculação	21
1.2.7 Desenvolvimento da autoestima	22
1.2.8 Autoestima e desejabilidade	22
1.2.9 Relação da autoestima com a raiva	23
1.2.10 Autoestima na personalidade Borderline	24
1.3 IMPULSIVIDADE	27
1.3.1 Definição	27
1.3.2 Multi-impulsividade	28
1.3.3 Tipos de impulsividade	28
1.3.4 Impulsividade e compulsividade	29
1.3.5 Impulsividade e comportamento autoagressivo	30
1.3.6 Impulsividade e raiva	30
1.3.7 Impulsividade na personalidade Borderline	31
1.4 RAIVA	33
1.4.1 Conceito	33
1.4.2 A raiva na personalidade Borderline	34
1.5 COMPORTAMENTO AUTOLESIVO	37

1.5.1	Autoagressão na história	37
1.5.2	Comportamentos autoagressivos diretos e indiretos	39
1.5.3	Tentativas de suicídio	40
1.5.4	Automutilação	40
1.5.5	As autolesões	41
1.5.6	Motivos para as autolesões	41
1.5.7	A prevalência das autolesões	43
1.5.8	Aspetos fenomenológicos da autolesão	44
1.5.9	Fatores que podem desencadear a autolesão	46
1.5.10	Tipos de autolesão	46
1.5.11	Autolesões impulsivas	47
1.5.12	Autolesões e tentativas de suicídio	49
1.5.13	Autolesões na PB	50
1.6	A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO	53
2.	MÉTODO	55
2.1	OBJETIVO E FUNDAMENTAÇÃO DOS PROBLEMAS E HIPÓTESES	55
2.2	DESENHO DO ESTUDO	57
2.3	PARTICIPANTES	57
2.3.1	Critérios do comportamento autolesivo	58
2.3.2	Critérios de inclusão e de exclusão	58
2.4	MATERIAIS	61
2.4.1	Entrevista semiestruturada para as perturbações da personalidade (SCID-II) e questionário (SCID-II-PQ)	62
2.4.2	Entrevista semiestruturada para as autolesões	64
2.4.3	Escala de impulsividade de Barratt (BIS-11)	64
2.4.4	Escala de autoestima de Rosenberg (RSES)	64
2.4.5	Inventário de raiva estado-traço (STAXI)	65
2.4.6	Escala de sintomas gerais (SCL90)	66
2.5	PROCEDIMENTO	68
2.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	69
3.	RESULTADOS	71
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	71
3.2	ANÁLISE DESCRITIVA	86
3.3	ANÁLISE DE MÉDIAS ENTRE OS GRUPOS	92
3.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA DE CORRELAÇÃO	95
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA DO IMPACTO DAS VARIÁVEIS NOS GRUPOS	96
3.5.1	O impacto da autoestima sobre as variáveis em estudo	98
3.5.2	O impacto das variáveis em estudo sobre a Gravidade do Diagnóstico	100
3.5.3	Análise do impacto das variáveis sobre a autolesão	102

3.5.4	Dados complementares: impacto da idade nas variáveis em estudo	104
3.6	EM SUMA...	106
4.	DISCUSSÃO	109
	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	109
	CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA	114
	Problema 1	118
	Problema 2	121
	Problema 3	123
4.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	125
5.	CONCLUSÃO	129
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Critérios de diagnóstico para a personalidade borderline de acordo com DSM-IV-TR	7
Tabela 2. Frequência relativa e absoluta do gênero na amostra e grupos BSA e BCA	72
Tabela 3. Medidas de dispersão para a idade na amostra total e BSA e BCA	72
Tabela 4. Frequência absoluta e relativa da escolaridade na amostra total e grupos BSA e BCA	73
Tabela 5. Frequência absoluta e relativa da intervenção clínica nos grupos BSA e BCA	74
Tabela 6. Frequência absoluta e relativa da autoagressão para a amostra total e grupos BSA e BCA	75
Tabela 7. Frequência relativa e absoluta dos motivos e fatores precipitantes identificados pelos pacientes para a ocorrência de autolesões	76
Tabela 8. Frequência das autolesões nos últimos dois anos	76
Tabela 9. Critérios da perturbação da personalidade Borderline	77
Tabela 10. Frequência relativa dos critérios de diagnóstico para a personalidade Borderline nos grupos BSA e BCA	78
Tabela 11. Frequência absoluta e relativa do número de critérios para o diagnóstico Borderline	79
Tabela 12. Frequência relativa de comorbidades para os grupos BSA e BCA	80
Tabela 13. Critérios da perturbação da personalidade depressiva mais frequentes	81
Tabela 14. Frequência relativa dos critérios da perturbação da personalidade depressiva para os grupos BSA e BCA	82
Tabela 15. Frequência absoluta e relativa do número de critérios de personalidade depressiva	83
Tabela 16. Critérios da perturbação da personalidade paranoide mais frequentes	83
Tabela 17. Frequência relativa dos critérios da perturbação da personalidade paranoide para os grupos BSA e BCA	84
Tabela 18. Critérios da perturbação da personalidade evitante mais frequentes	85
Tabela 19. Frequência relativa dos critérios da perturbação da personalidade evitante para os grupos BSA e BCA	86
Tabela 20. Comportamento autoagressivo na amostra total	87
Tabela 21. Médias do BIS-11 para os grupos BSA e BCA	87
Tabela 22. Médias do STAXI para BSA e BCA	89
Tabela 23. Médias das escalas do SCL-90 para os grupos BSA e BCA	90
Tabela 24. Médias das escalas adicionais e IGS do SCL-90 para os grupos BSA e BCA	91
Tabela 25. Medidas de dispersão da variável idade para os grupos BSA e BCA	93
Tabela 26. Medidas de dispersão da variável gravidade do diagnóstico para os grupos BSA e BCA	93
Tabela 27. Medidas de dispersão das variáveis impulsividade, raiva e autoestima para os grupos BSA e BCA	94

Tabela 28. Medidas de dispersão das variáveis sintomatologia para os grupos BSA e BCA	95
Tabela 29. Correlação entre as variáveis impulsividade, raiva e autoestima através do teste de correlação de Pearson	96
Tabela 30. Valores da correlação	97
Tabela 31. Variabilidade e impacto da autoestima nas variáveis em cada grupo, através de uma regressão linear	99
Tabela 32. Variabilidade e impacto da impulsividade, autoestima e raiva na gravidade do diagnóstico borderline para cada grupo através de uma regressão linear múltipla	101
Tabela 33. Variabilidade e impacto da impulsividade, autoestima e raiva na frequência das autolesões através de uma regressão linear múltipla	103
Tabela 34. Variabilidade e impacto da idade nas variáveis em cada grupo, através de uma regressão linear	105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Frequência relativa de tentativas de suicídio para a amostra total e grupos BSA e BCA	75
Gráfico 2. Frequência relativa dos critérios da perturbação de personalidade Borderline nos grupos BSA e BCA	77
Gráfico 3. Número de critérios diagnósticos distribuídos pelos pacientes de cada grupo	79
Gráfico 4. Frequência relativa de comorbilidades para os grupos BSA e BCA	80
Gráfico 5. Frequência relativa dos critérios da perturbação de personalidade depressiva nos grupos BSA e BCA	81
Gráfico 6. Frequência relativa dos critérios da perturbação de personalidade paranoide nos grupos BSA e BCA	84
Gráfico 7. Frequência relativa dos critérios da perturbação de personalidade evitante nos grupos BSA e BCA	85
Gráfico 8. Valores médios de impulsividade para os grupos BSA e BCA	88
Gráfico 9. Valores médios da autoestima para os grupos BSA e BCA	88
Gráfico 10. Valores médios da raiva nos grupos BSA e BCA	89
Gráfico 11. Valores médios de sintomatologia para os grupos BSA e BCA	91
Gráfico 12. Valores médios das escalas adicionais do SCL-90 para os grupos BSA e BCA	92
Gráfico 13. Impacto da autoestima nas variáveis significativas nos grupos BSA e BCA	100
Gráfico 14. Impacto das variáveis significativas na gravidade do diagnóstico borderline nos grupos BCA e BSA	102
Gráfico 15. Impacto da idade nas variáveis significativas nos grupos BSA e BCA	106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema dos resultados significativos encontrados nos grupos BCA e BSA	107
Figura 2. Modelo explicativo do comportamento autolesivo, baseado na literatura.	296

ÍNDICE DE ANEXOS

I. Gráfico do estudo follow-up dos critérios de personalidade borderline	171
II. Materias	173
III. Consentimento informado	239
IV. Critérios de diagnóstico para as perturbações da personalidade	243
V. Tabelas de normalidade e homogeneidade na análise das diferenças estatísticas entre grupos	245
VI. Tabelas da multicolinearidade nos modelos de regressão	271
VII. Tabelas dos pressupostos nos modelos	275
VIII. Modelo de regressão adicional: idade	281
IX. Quadro de respostas dos pacientes na entrevista para as autolesões	283
X. Artigo publicado: Self-esteem and anger in borderline patients with self-injury behavior	289
XI. Modelo explicativo do comportamento autolesivo, baseado na literatura	291

1. INTRODUÇÃO TEÓRICA

Nota introdutória

Este capítulo fornece a base teórica para a compreensão deste estudo. Este começa por uma revisão de literatura acerca da perturbação da personalidade borderline (PB) centrada nalguns aspetos que poderão ajudar à compreensão das autolesões, seguida por uma revisão acerca da impulsividade, raiva e autoestima, e depois, a importância de cada uma delas, na PB.

Apesar de não serem variáveis em estudo, as relações interpessoais e a instabilidade afetiva serão abordadas unicamente por terem uma relação com as autolesões e darem um contributo fundamental à compreensão deste comportamento e trabalho. Embora desejável, não será possível abordar, neste trabalho, o papel de outras variáveis nas autolesões, dada a necessidade de focar nas variáveis em estudo.

A autoestima é apresentada de forma a proporcionar uma compreensão deste conceito, do seu desenvolvimento, e mais concretamente, da forma como se apresenta na PB. Serão apresentados os tipos de autoestima para possibilitar a sua distinção daquele que está em estudo (autoestima geral).

A literatura é escassa em relação ao estudo da raiva centrada no comportamento autolesivo. A maioria dos estudos estão centrados na agressão, e a sua relação com as autolesões tem sido pouco explorada, por este motivo, poucos dados serão apresentados.

As conclusões dos estudos acerca da impulsividade na PB são discrepantes, no entanto, serão apresentados os dados mais pertinentes para a compreensão deste conceito neste trabalho.

O comportamento autolesivo, pela sua complexidade, será apresentado num subcapítulo à parte.

1.1. Perturbação da personalidade borderline

1.1.1.Referência Histórica

As origens do termo borderline remontam a 1884 quando Hughes publicou descrições de casos clínicos de pacientes que ele considerava como “limites loucos” (1) ou “borderline insanity” (2).

Em 1921 Kraepelin identificou quatro variantes na personalidade ciclotímica, entre elas estava a emocionalmente instável e a irascível (3), caracterizada por impulsividade, relações interpessoais instáveis, raiva intensa e inapropriada instabilidade afetiva e atos autoagressivos. Estas características, atualmente, estão descritas no DSM-IV-TR (4) como fundamentais no diagnóstico desta perturbação da personalidade. Entre 1923 e 1950 já outro autor, Schneider, tinha descrito dez variantes de personalidade, entre elas contava-se a personalidade lábil, que se aproximou ainda mais da PB (2,3). No decorrer deste período o termo borderline foi evocado pela primeira vez em 1926 por Glover quando referia que o carácter neurótico apresentava características nos limites da psicose “*border closely on psychotic mechanisms*” (1: p. 96-97), mas só é considerado em 1938 quando Adolf Stern o utilizou para descrever um grupo de pacientes que lhe pareceram mais doentes que os neuróticos, mas não tão doentes quanto os psicóticos (1). Em 1941 Zilboorg descreve uma patologia com uma gravidade que considerou mais ligeira que a esquizofrenia e um ano mais tarde, 1942, Deutsch descreve uma entidade representada por doentes que se identificavam com aqueles de quem se sentiam dependentes à qual deu o nome de personalidades *as if* (como se), enquanto Hoch e Polatin criaram o termo esquizofrenia pseudoneurótica para descrever uma perturbação caracterizada por panfobias, panansiedade e pansexualidade (5).

Contudo o termo borderline só passou a ser utilizado a partir de 1958, quando Robert Knight iniciou a discussão acerca dos estados borderline da consciência (6), chamando a atenção para a incapacidade do funcionamento do ego e das dificuldades ao nível da defesa contra os seus impulsos primitivos e a falta de denominação diagnóstica específica destes casos.

Então, no ano seguinte, 1959, Schmideberg descreve a patologia borderline como uma perturbação de carácter, com um nível de funcionamento com características da normalidade, da neurose, psicose e psicopatia, encarando-a como um síndrome e não como uma entidade distinta (2).

Em 1968, Grinker faz a primeira tentativa para descreve-la através de uma investigação empírica (5, 6), tendo sido o primeiro a dar algum rigor científico a esta patologia, através de um estudo que possibilitou a diferenciação com a esquizofrenia, onde os sujeitos borderline não apresentavam deterioração, mas, antes, uma cronicidade na sua instabilidade (5). Grinker referiu-se a esta patologia como uma linha contínua entre a fronteira psicótica (borderline tipo I) e a fronteira neurótica (borderline tipo IV). Num extremo (tipo I) estavam os sujeitos que se caracterizavam por conduta inadequada e negativa, perturbações ao nível da identidade e do teste de realidade e sentimentos de raiva. No outro extremo (tipo IV), encontrava-se os sujeitos com depressão anaclítica, ansiedade e elementos do foro neurótico e narcísico. Entre estes dois subgrupos existia o tipo II (síndrome borderline nuclear), caracterizado por instabilidade nos relacionamentos, predomínio de afetos negativos, perturbação ao nível da identidade e passagens ao ato. No tipo III (subgrupo “como se”) havia uma perturbação da identidade ao ponto de tomar a identidade dos outros como sua, falta de ressonância emocional ou de empatia (5).

Ao identificar as características comuns a todos os subgrupos, Grinker sugeriu quatro aspetos, a raiva como o afeto predominante ou o único demonstrado, dificuldades nas relações interpessoais, perturbação de identidade e depressão (5).

Segundo o DSM-I muitos pacientes com patologia borderline tinham o diagnóstico de personalidade emocionalmente instável (conceito de Kraeplin), que ainda hoje se mantém na ICD-10 com a designação de perturbação emocionalmente instável da personalidade, tipo limite. Em 1967 Otto Kernberg, através da perspetiva psicanalítica delimitou e introduziu o conceito de organização borderline da personalidade, para caracterizar os sujeitos que apresentavam fragilidades no ego, mecanismos de defesa primitivos e relações objetais perturbadas. Este situou-a entre a neurose e a psicose, tal como a definição original de Stern (7,8) e não acreditava que o seu diagnóstico pudesse ser feito através de critérios descritivos e com uma variabilidade grande como os de Gunderson. Então, em 1975 conceptualizou esta perturbação da personalidade como um diagnóstico através de uma análise estrutural que identificava quatro aspetos: (a) as manifestações inespecíficas do ego (incapacidade de gestão dos afetos e de controlo dos impulsos, que influenciam o seu comportamento), pensamento quase psicótico (face a situações indutoras de grande ansiedade, apesar do teste de realidade habitualmente estar mantido), (b) as manifestações específicas do ego relacionavam-se com as consequências dos mecanismos de defesa primitivos (clivagem, negação, identificação projetiva, onipotência), (c) e relações objetais patológicas internalizadas (a incapacidade para integrar num todo as boas e as más qualidades de um objeto, um mecanismo de defesa denominado de clivagem) (8).

Bergeret (1) utiliza a expressão estados limites para se referir à PB e no ano seguinte, Gunderson e Singer (5) sugerem seis critérios para um diagnóstico borderline universal e descritivo: Afetos intensos (raiva ou depressão), impulsividade, adaptação superficial em contextos sociais, episódios psicóticos transitórios, pensamento pouco consistente quando requerida a sua estruturação, e relações caracterizadas ora pela extrema dependência, ora pela indiferença. Os seus critérios de diagnóstico mais tarde são incluídos no DSM-III (6), foram pouco alterados para o DSM-IV e baseavam-se na descrição clinicamente observável de certas características. Entre estas constavam o pensamento quase psicótico (nos limites do teste de realidade), autolesão (AL), tentativas de suicídio manipulativas, sentimentos de abandono, aniquilamento, simbiose, regressões no tratamento e contratransferências difíceis. Estes baseavam-se na descrição clinicamente observável de certas características e foram pouco alterados para o DSM-IV (5).

Theodore Millon (2) vem salientar a interpretação da estrutura interna como sendo funcional ou disfuncional dependendo da eficácia ou estabilidade dentro do contexto da dinâmica interpessoal, familiar e social. Com este autor dá-se uma mudança onde o considerar as fontes patogénicas como vindas de conflitos internos, onde havia uma limitação ao nível intrapsíquico, a ser substituída por uma visão da PB como um padrão de comportamento que era inapropriado, mal-adaptado ou deficiente no sistema familiar e social, e no qual o sujeito se insere (5).

Grinker e Meissner acreditavam que não se devia limitar o termo borderline a uma perturbação da personalidade, mas associá-lo a um conjunto de sintomas que formaria um espectro (5).

Os termos patologia limítrofe, organização borderline da personalidade, estados limite ou PB referem-se todos ao grupo de sujeitos que têm as mesmas características, a que vários autores, ao longo dos anos, foram dando denominações diferentes à mesma patologia (9).

1.1.2. Padrão na personalidade borderline

A perturbação da PB é caracterizada por um padrão de instabilidade intensa e persistente em vários domínios do funcionamento, nomeadamente ao nível comportamental, emocional, cognitivo, relacional (10,11), com perturbação ao nível da identidade, do relacionamento com os outros, oscilando entre a idealização e a desvalorização, com perturbação ao nível do controlo dos impulsos, comportamentos autoagressivos

recorrentes tais como autolesões e tentativas de suicídio, e perturbação ao nível dos afetos, nomeadamente da raiva, e sentimentos de vazio (4).

Não parece existir grande consenso entre autores acerca das características que estão na base do seu padrão. Como exemplos, alguns consideram a impulsividade como o centro desta patologia (12), outros consideram a instabilidade emocional (13-15), a sensibilidade nas relações interpessoais (16), ou mesmo, a vergonha (17).

Também se consideram outros fatores de risco fundamentais para o desenvolvimento desta perturbação da personalidade, nomeadamente, a intensidade e a reatividade negativa, como preditores mais preponderantes das características desta personalidade quando comparadas com o abuso sexual sofrido na infância (18), e podendo ser já encontradas na infância (19). Embora outros autores discordem e tenham referido que os traumas na infância e o abuso sexual na sua história, associados a conflitos parentais, frequência de relações de objeto hostis, vinculação insegura, capacidade limitada de simbolização e de reflexão, podiam ser fatores de risco importantes (20), para o desenvolvimento desta patologia da personalidade. Contudo, a evidência mostrou que o risco parece estar mais associado ao abuso sexual, quando comparado com outros tipos de abuso, uma vez que as irmãs de pacientes com a patologia borderline, tendo vivenciado situações semelhantes em acontecimentos negativos e no tipo de vinculação parental, não apresentaram sintomatologia, mas sim um bom funcionamento psicossocial. Só ao nível do abuso sexual é que apresentaram dificuldades, sugerindo que o impacto deste poderá ser maior do que qualquer outro tipo de abuso e negligência (21) no desenvolvimento da PB.

1.1.3. Diagnóstico da personalidade borderline

A impulsividade, a instabilidade (relacional, afetiva e na autoimagem) intensa e persistente é o padrão característico e central desta personalidade, que desde o início da adultícia e ao longo do tempo vai tendo repercussões nas várias áreas de funcionamento do sujeito, sejam elas a social, familiar, profissional, relacional, afetiva. Para que o seu diagnóstico seja efetuado são necessários cinco (ou mais) critérios dos listados abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de diagnóstico para personalidade borderline de acordo com DSM-IV-TR

Critérios de diagnóstico para a personalidade borderline de acordo com DSM-IV-TR	
1	Esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginário, excluindo os comportamentos auto mutilantes e suicidas descritos no Critério 5;
2	Um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, caracterizadas por alternância extrema entre idealização e desvalorização;
3	Perturbação da identidade: instabilidade persistente e marcada da autoimagem ou do sentimento de si próprio;
4	Impulsividade pelo menos em duas áreas que são potencialmente auto-lesivas (gastos, sexo, abuso de substâncias; condução ousada, ingestão alimentar maciça. Nota: não incluir os comportamentos auto mutilantes ou suicidas descritos no Critério 5;
5	Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou de comportamento auto mutilante;
6	Instabilidade afetiva por reatividade de humor marcada (por exemplo, episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade, habitualmente durando poucas horas e raramente mais do que alguns dias);
7	Sentimento crónico de vazio;
8	Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades de a controlar (por exemplo, episódios de perda da calma, raiva constante, brigas constantes);
9	Ideação paranoide transitória reativa ao stress ou sintomas dissociativos graves.

Fonte: DSM-IV-TR (4: p.710).

Na PB os critérios de diagnóstico mais frequentes são a ideação paranoide ou sintomas dissociativos (97,1%), a instabilidade afetiva (88,6%), a *raiva intensa inapropriada* (85,6%), a *autoagressão (ameaças de suicídio ou autolesões)* (82,9%) e os esforços para evitar o abandono (77%), seguidos pela *impulsividade* (65,7%), relações intensas e instáveis (62,9%), perturbação de identidade (60%) e sentimentos de vazio (57,1%) (22). Recentemente os critérios mais prevalentes mostraram uma ordem diferente de prevalência, com a instabilidade afetiva no topo, a impulsividade, sentimentos crónicos de vazio e relações instáveis com a mesma prevalência, seguidos pela raiva intensa, autolesões e perturbação de identidade, medo de abandono, e a menos frequente, a ideação paranoide reativa ao stress (23), como se pode ver no Anexo I.

O sobrediagnóstico desta patologia tem sido uma realidade por parte dos profissionais de saúde, e em grande parte, devido à associação feita com a elevada prevalência do comportamento autolesivo nesta patologia. Os estudos revelam que cerca de 60% dos sujeitos diagnosticados com esta personalidade não apresentavam critérios suficientes para o diagnóstico borderline (24), com uma percentagem a rondar os 40 a 48% com critérios suficientes. Contudo, apenas 28% mantinham o diagnóstico borderline após a exclusão do critério autolesivo (25). Jeffery e Warm (26) já tinham concluído que o pessoal médico incluindo os psiquiatras, apresentavam um conhecimento menor acerca das

autolesões do que os psicólogos e profissionais de cuidados na comunidade. O conhecimento que estes últimos demonstravam ter acerca das autolesões não diferia daquele que os próprios sujeitos que se autolesionavam tinham.

A autodestrutividade, apesar da sua prevalência e de ser considerada uma característica central nesta personalidade (descrita no capítulo das autolesões), por si só, não prevê esta patologia (27). Mas a PB é um fator de risco para a ocorrência de autolesões (28). Se à existência de comportamento autolesivo, associar-se o abuso de substâncias, os pensamentos e os comportamentos autodestrutivos poderão aumentar, piorando o seu prognóstico (27).

Por outro lado, o subdiagnóstico desta patologia pode elevar o risco de letalidade devido à tendência para as tentativas de suicídio (29) e levar a uma morte prematura (4).

Esta patologia da personalidade é diagnosticada a partir dos 18 anos (4), embora exista controvérsia em relação a esta idade inicial para o diagnóstico, porque alguns autores (30) defendem que é possível o seu diagnóstico na adolescência, e as características desta personalidade, identificadas em adolescentes, são comparáveis às dos adultos (31). Outros autores defendem o diagnóstico PB em crianças dos seis aos 12 anos, alegando que, por ser uma patologia que tem um desenvolvimento ao longo do tempo, já podem ser encontradas, nesta faixa etária, características de PB estáveis e mesuráveis com um papel importante na expressão desta patologia, como a impulsividade, afetividade negativa e agressividade interpessoal (19, 32).

Contrariamente, outros autores (33-35) referem que este diagnóstico nestas faixas etárias pode não ser válido e não ter valor preditivo. Primeiro, porque não considera a variabilidade das características de cada estadió do desenvolvimento; segundo, pela existência de comorbidade entre este diagnóstico, a adolescência, e a personalidade esquizotípica e passivo-agressiva (enquanto nos adultos, a comorbidade existe com a personalidade antissocial); terceiro, pela possibilidade de existirem dois subgrupos de sujeitos com personalidade borderline, em que um apresenta um diagnóstico estável no tempo e o outro apresenta flutuações entre a remissão e a recorrência deste (31). Assim, também é defendido que, apesar das semelhanças encontradas entre adolescentes e adultos, os critérios de diagnóstico deverão ser interpretados com cautela e de forma diferente destes últimos, porque os estudos acerca do diagnóstico borderline na adolescência são escassos (36).

Num estudo recente, a maioria dos sujeitos borderline adultos jovens da amostra (30) viu a sua perturbação remitir em quatro anos (quando ainda tinham idades a rondar os 14

anos), sugerindo que quanto mais cedo for feito o diagnóstico mais favorável será o prognóstico, possibilitando acionar meios de intervenção que possibilite dotá-los com estratégias que possam melhorar o seu funcionamento a longo prazo. Estes autores sugerem que este resultado pode representar uma esperança para os adultos, no sentido em que a sua patologia poderá remitir, e não ser uma questão de validade diagnóstica neste grupo etário.

Outros autores sugerem que os afetos negativos (37), e a hiperatividade na infância ou na adolescência (38), poderão predizer a maioria das características desta personalidade.

Vários estudos referem a remissão da patologia borderline (39-45), contudo, nos adultos, a maior percentagem de remissões dá-se após dois anos, começando a diminuir nos anos subsequentes. Esta remissão parece depender em grande parte de variáveis como ausência de história de abuso sexual, de perturbações de ansiedade, da desejabilidade elevada (45) e ausência de consumo de substâncias (46).

Naqueles que deixam de ter o diagnóstico borderline, a sua remissão é relativamente estável, noutros parece não existir uma remissão permanente no diagnóstico e do comprometimento psicossocial associado, mas sim uma remissão com duração até quatro anos, dada a possibilidade de recaída. Esta recaída sugere a dificuldade em alcançar um funcionamento psicossocial adequado e o término desta perturbação (43).

A literatura evidencia o decréscimo da patologia borderline com a idade, principalmente a partir dos 44 anos (40). Isto poderá acontecer porque: 1) passaram a ter menos critérios borderline no seu diagnóstico, evidenciando uma melhoria, 2) ou os critérios pré-existent já eram insuficientes para o seu diagnóstico de perturbação da personalidade (inferiores a 5 critérios) e, por isso, com o tempo desapareceram (42-45). Estes estudos, por um lado sugerem que o número de critérios poderá influenciar o prognóstico, como também, sugerem que quanto mais tempo passa, ou quanto mais velhos são os sujeitos, maior é a probabilidade de remissão do diagnóstico borderline ou de melhoria no seu funcionamento, embora, neste último caso, não tenha sido encontrada uma associação entre a idade e a melhoria significativa destes sujeitos (47). A melhoria não era específica do final dos 40 anos, nem tão pouco, era significativa. Mas, foi encontrada uma associação entre a idade e a degradação do seu funcionamento social na medida em que a partir dos 40 a 50 anos parece que as dificuldades reaparecem (47).

Outro estudo (23) sugere que os sujeitos com esta patologia da personalidade têm um comprometimento do seu funcionamento social mais grave do que noutras perturbações tais como na depressão major ou nas perturbações da personalidade do grupo C. A 10

anos o curso desta personalidade mostrou níveis consideráveis de remissão e baixa percentagem de recaídas, o que é consistente com outros estudos longitudinais já realizados (43,48). A resiliência, o evitamento de situações indutoras de elevado stress interpessoal levando a uma diminuição da angústia interpessoal, o maior suporte ou terem adquirido novas estratégias mais adaptativas podem ter sido fatores que ajudaram na remissão da patologia borderline (23,39,49).

Apesar de alguns autores (15) referirem que a estrutura borderline mantém-se relativamente estável, com uma melhoria no seu diagnóstico e sem flutuações, os seus sintomas parecem menos estáveis (48).

De acordo com a literatura (50), a PB tem maior predisposição para as perturbações do eixo I. Muitos sujeitos com PB revelam níveis elevados e constantes de sintomatologia, quer pela sua persistência no tempo, quer pela recorrência, podendo apresentar várias perturbações do eixo I ao mesmo tempo. As mais frequentes encontram-se ao nível do humor, ansiedade, perturbações alimentares e abuso de substâncias (46), nomeadamente, as perturbações de ansiedade (88%), depressão major (83%), abuso de substâncias (64%), perturbação pós stress traumático (56%), perturbação alimentar (53%), ataques de pânico (48%), distímia (39%) e perturbações somatoformes (10%). Curiosamente, parece não haver uma remissão total de sintomatologia. Estes sujeitos mantiveram critérios de eixo I para as perturbações acima identificadas, apesar de medicados com dois ou mais medicamentos, de estarem num processo psicoterapêutico ou ambos, desde o início deste estudo e ao longo dos seis anos subsequentes. Durante o decurso do estudo não apresentaram remissão nos critérios borderline, mantendo-se o diagnóstico de personalidade inicial.

A literatura revela alguns dados diferentes em relação à sintomatologia depressiva. Por um lado sugere que aqueles que apresentam um declínio da sintomatologia, excetuando ao nível das perturbações do humor, podem deixar de ter critérios suficientes para o diagnóstico borderline (46), por outro lado sugere que a remissão da depressão major parecia levar à melhoria do diagnóstico borderline (39).

Alguns estudos (51,52) referem que a sua presença é mais frequente naqueles que se autolesionam, noutros que é menos frequente (53), ou que não existam diferenças (54). Mas nesta personalidade, a depressão parece ser caracterizada por níveis elevados de raiva e de hostilidade e por autocrítica (55).

Na PB, os sujeitos parecem apresentar níveis elevados de desadaptação (56). O seu prognóstico poderá depender dos níveis de psicopatologia e da incapacidade funcional, e

quanto mais elevados os níveis, mais grave poderá ser o prognóstico e menos melhoria poderá ser encontrada ao nível do funcionamento geral do sujeito (39,57).

No entanto, outros autores (58) referem que, na PB, aqueles que revelam grande comprometimento funcional, poderão melhorar lentamente, de forma instável e com recaídas, e esta mudança parece estar relacionada com a gravidade da patologia da personalidade. Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich e Silk (46) já tinham sugerido que a remissão do diagnóstico borderline e da sintomatologia do eixo I poderia relacionar-se com a própria gravidade do diagnóstico borderline inicial, que quanto mais grave, mais difícil seria a sua remissão, e pouca flutuação seria encontrada ao nível do eixo I. Isto podia suceder pela fraca capacidade de resposta aos tratamentos, uma vez que no início do estudo todos apresentavam o mesmo nível de psicopatologia.

Outros autores (18,59,60), defendem, ainda, que a gravidade dos sintomas e dos critérios de diagnóstico relacionam-se, antes, com a tendência acentuada em evitar experiências internas desagradáveis, tais como, o desespero.

1.1.4. Representação e prevalência

Nem todos os borderline recorrem ao setting clínico (61), no entanto é possível diagnosticar esta perturbação na população em geral. Num estudo (62) comparou-se pacientes borderline recrutados num setting hospitalar com borderlines da população geral (não psiquiátrica). Constatou-se que aqueles que estavam num setting hospitalar demonstraram características mais acentuadas ao nível dos sentimentos de vazio, medo de abandono, autolesões e tentativas de suicídio. Os dois grupos não se diferenciavam ao nível da impulsividade e da instabilidade afetiva, mas o grupo clínico apresentava níveis mais baixos de raiva, menos perturbação identitária e menos dificuldades ao nível das relações interpessoais. Mas é importante salientar que estes estavam num programa de tratamento para pacientes com PB em hospital de dia, o que poderá ter influenciado os resultados.

Esta patologia está altamente representada em settings clínicos (63). Estes sujeitos recorrem bastante a serviços de saúde e a sua frequência pode chegar a 22,6% em ambulatório (64), têm grande afluência às urgências (65) e dos sujeitos com perturbação da personalidade, 30% a 60% tem diagnóstico borderline (4,66). Contrapondo estes dados, têm taxas de drop-outs muito elevadas, entre 15% a 77%, entre os mais variados settings terapêuticos. As variáveis que parecem influenciar esta taxa relacionam-se com a história de tentativas de suicídio anteriores como fator de risco para o drop-out, contudo as

características de personalidade evitante e perturbações alimentares parecem funcionar como fatores de proteção para a ocorrência de drop-outs (67). As tentativas de suicídio rondam 75% nesta patologia e 10% destes sujeitos cometem suicídio (68).

De acordo com o DSM-IV-TR (4) a PB é prevalente no sexo feminino, mas não são conhecidas as causas ou que fatores socioculturais e biológicos específicos, a cada sexo, podem estar associados à diferenciação desta personalidade em termos de género (69). Existe algum consenso clínico à volta de questões socio culturais relacionadas com a tendência ou pressão exercida pela sociedade para a internalização no caso das mulheres e para a externalização no caso dos homens (70,71).

Contudo, a literatura é contraditória em relação à prevalência do género nesta personalidade, no sentido em que tanto sugere que não se encontram diferenças na prevalência de género no diagnóstico da PB (40,72), como sugere que esta patologia é mais provável de ser encontrado nas mulheres, quer em populações clínicas (73), com uma prevalência de 75% (4,69), como em populações não clínicas (74) como também sugere que este diagnóstico é maior nos homens em contexto não clínico (40), e em ambulatório (ver 70,75).

De uma forma geral, existe pouca literatura acerca da prevalência desta personalidade e muitas vezes os estudos publicados não fazem referência ao género das amostras recolhidas. A maior parte daqueles que o referem, baseiam-se na procura de diferenças entre o género (70,76) referindo que ao nível dos critérios de PB, os homens apresentam com mais frequência a raiva intensa e as mulheres a instabilidade afetiva (76) e a perturbação de identidade (70).

Ao nível do eixo I e ao longo do tempo, o stress pós-traumático (70), as perturbações alimentares (50,70,76), as perturbações afetivas e as de ansiedade (76) são prevalentes no sexo feminino, enquanto a perturbação explosiva intermitente (75) e o abuso de substâncias são mais frequentes no sexo masculino (50,70,75,76). Em relação à concomitância com o eixo II, esta foi identificada apenas nos homens, revelando como diagnóstico mais comum a personalidade antisocial (70,75,76), a narcísica e a esquizotípica (70). No entanto, estas diferenças não são exclusivas a esta personalidade (70,75). A impulsividade como traço não diferencia sujeitos em relação ao género, mas parece manifestar-se de forma diferente em ambos os sexos, levando a tipos diferentes de passagens ao ato autodestrutivas (50,70,75), como estratégias de regulação emocional face a afetos negativos que são vivenciados (75). Os homens parecem recorrer mais à externalização, evidenciando níveis de procura de sensações intensas (71) e as mulheres parecem focalizarem-se mais na internalização (40,50,70). No desenvolvimento da

patologia borderline os homens parecem já apresentar, desde a infância, angústia de separação, impulsividade, sentimento de vazio e preocupações com a imagem corporal, quando comparados com as mulheres (77).

A incapacidade física e mental parece ser maior nas mulheres (40), onde a ameaça de autoagressão ou a própria autoagressão são os motivos mais frequentes para as hospitalizações (78).

1.1.5. Relações interpessoais

Querer ser aceite e valorizado pelos outros é uma necessidade inerente a todos os sujeitos, principalmente pelas figuras significativas (79) e o relacionamento com os outros é desejado pelos sujeitos com PB (44,57). Contudo, a presença de situações de aceitação e rejeição vai influenciar o desenvolvimento de determinados padrões de relacionamento social e íntimo (79).

De acordo com o modelo da sensibilidade à rejeição descrito por Pietrzak, Downey e Ayduk (80) os sujeitos que têm sensibilidade à rejeição são aqueles que desde cedo experienciaram rejeição em situações que envolviam pessoas próximas, e por isso, significativas. O medo do abandono e rejeição leva-os a adotarem comportamentos que visam evitar a rejeição. Estes ficam hipervigilantes a qualquer pista que possa ser uma ameaça, e mesmo as situações neutras são percebidas como ameaças. Ao perceberem rejeição, a ansiedade aumenta e com esta aumenta a percepção de negatividade e seguidamente expressam reações intensas, comprometendo as relações com essas mesmas pessoas (81) perpetuando um ciclo que leva à confirmação dos seus receios (80,82).

As dificuldades sentidas nas relações interpessoais não são fáceis de ultrapassar em tratamento, mas são de grande importância para a melhoria do funcionamento destes sujeitos porque a qualidade destas tem significado no prognóstico (57). Se conseguirem obter um suporte estável e evitar a angústia interpessoal, o seu prognóstico borderline poderá reverter (39,49).

Os sujeitos com PB têm uma sensibilidade acentuada aos eventos ou estímulos que os rodeiam, nomeadamente àqueles que percebem como rejeição, fracasso, mas também à solidão que estes possam provocar (83). As características destes eventos fazem despoletar níveis elevados de tensão negativa (84) e os afetos negativos, característicos

desta patologia, são sentidos predominantemente neste contexto interpessoal quando percebem menos atenção por parte dos outros (85).

O relacionamento que o borderline estabelece com os outros baseia-se na necessidade de cuidados, sentindo o outro como alguém que tem de dar resposta às suas necessidades (86). Estes são dependentes das suas figuras significativas para alcançar o bem-estar e, por consequência, sentem-se dependentes nesta relação. Esta dependência aumenta a probabilidade de sentimentos de abandono e raiva (16) dado que, o medo intenso de abandono ou rejeição, quer este seja real ou imaginário, pode levar a tentativas de controlo sobre o outro (86). A dificuldade em controlar os impulsos, leva-os a agir estas emoções (16), provocando instabilidade no seu funcionamento (86).

O desapontamento, o abandono e a raiva têm maior probabilidade de surgirem com as suas figuras significativas quando estas não se mostram disponíveis (16). A incapacidade para lidar com a frustração pode levá-los a vivenciar, por estas, a raiva, passando de bons a maus objetos, oscilando assim entre a idealização e a desvalorização (86). Os afetos negativos mais frequentemente vivenciados intensamente nestas situações são, para além da raiva, o desespero (2), a ansiedade e a tristeza (87), a depressão e o medo (88), sendo frequente, os sentimentos de culpa posteriores à raiva (86).

Um estudo (89) demonstrou que nos casais, onde a mulher tem diagnóstico borderline, existem comportamentos negativos acentuados relacionados com o domínio e controlo do outro, e conflitos, perpetuando e acentuando o diagnóstico borderline. Estes comportamentos, existindo nos dois elementos, são mais frequentes nas mulheres, exceto ao nível do evitamento e criticismo que se mostra similar no casal. Estes autores sugerem que perante estas características o parceiro possa apresentar também características de personalidade disfuncionais, até mesmo PB. Quando percebem o companheiro como menos agradável, reagem negativamente e quando é percebido como mais assertivo e dominante sentem mais afetos negativos por poderem suscitar um ataque à sua autonomia e segurança e interferir com a sua autoestima (85).

As dificuldades no relacionamento com os outros associam-se a características que podem ser distinguidas em dois subgrupos na PB. O subgrupo “dependente” associado a características como a baixa autoconfiança, excesso de comodismo, submissão, dificuldade de expressão das suas necessidades aos outros, e o subgrupo “autónomo” onde os sujeitos se apresentam como dominantes, controladores, demasiado assertivos, autocentrados, vingativos e emocionalmente distantes. O subgrupo “dependente” foi o mais frequente nesta amostra não clínica (90), indo ao encontro dos resultados doutro estudo efetuado num contexto clínico (91).

No entanto, existem famílias que tentam ajudar o familiar com patologia borderline, seja ele um filho(a), companheiro(a), pai ou mãe, contudo, criar um ambiente contendor para o borderline é uma tarefa bastante dificultada pelas características de personalidade que estes apresentam. As famílias reportam que viver com estes sujeitos equivale a viver em permanente estado de alerta, receando que a qualquer momento, de forma imprevisível e intensa, aconteça algo relacionado com a sua impulsividade, comportamento autodestrutivo ou instabilidade emocional. Referem, ainda, um esforço para manter o meio familiar aceitável, contudo têm sentimentos de impotência, culpa e mágoa perante a patologia do familiar, sem poderem recorrer a qualquer apoio institucional (92), tornando, por sua vez, difícil manter um ambiente facilitador à melhoria das dificuldades do borderline a nível relacional e à remissão da sua patologia (39,49).

Um membro da família com PB pode tornar a família disfuncional, dadas as suas características. No entanto, é reconhecido o valor que a família pode ter no tratamento desta patologia pela importância que podem ter no despoletar ou na manutenção das crises. A falta de envolvimento das famílias pode levar à fraca adesão aos tratamentos, e consequentemente, levar ao seu abandono. A psicoeducação das famílias poderá ajudá-las, apoiando-as e capacitando-as a lidar com um membro com PB (93).

A sensibilidade que o borderline tem ao nível das relações interpessoais precede a instabilidade emocional e os comportamentos impulsivos (16). A reatividade emocional, a impulsividade, e os comportamentos autodepreciativos são despoletados pelos eventos stressores que ocorrem na relação, e os sentimentos crónicos de vazio, as explosões de fúria, o medo de abandono e os altos e baixos dessa relação podem ser expressões da dificuldade sentida ao nível relacional (92,94). A dificuldade em estar sozinho, e a desconfiança em relação às intenções dos outros são antes, de acordo com estes autores, o reflexo das dificuldades que estes sujeitos têm com eles próprios (16).

Por outro lado, o mesmo autor sugere também que se as dificuldades interpessoais são vistas como uma consequência da instabilidade emocional e da impulsividade, as emoções sentidas como insuportáveis no seio da relação são agidas através de comportamentos agressivos e autodestrutivos devido à dificuldade em controlar os impulsos, perturbando, assim, o relacionamento com os outros (16). Coifman et al. (95) concluíram que os comportamentos impulsivos e autolesivos surgem na ausência de stressores interpessoais, mas são previsíveis na presença da intensidade emocional. Se o borderline não tem estratégias que lhe possibilitem lidar com as emoções, então o sentimento de bem-estar, de estabilidade e confiança no outro que o borderline necessita, depende da percepção que este tem das suas interações com os outros e da disponibilidade da figura significativa (16).

A correta percepção dos eventos ou das situações é necessária a um funcionamento interpessoal adequado, bem como à capacidade de regulação emocional (85) e de estabilidade da autoestima (96). No entanto, a vivência do aumento dos afetos negativos (97) pode interferir no processo cognitivo e influenciar a sua percepção dificultando o seu relacionamento com os outros (98). Está descrita, a dificuldade que o borderline tem em reconhecer e discriminar corretamente as emoções (95,99), percebendo emoções negativas em faces neutras (100-102). Se ele percebe negatividade no outro, quando esta característica não existe, poderá interferir de forma significativa no seu relacionamento interpessoal (99-101).

1.1.6. Instabilidade afetiva

A literatura (13) refere que o déficit na regulação emocional é o centro desta patologia da personalidade e que a sua expressão difere entre estudos. Nuns, mostra-se semelhante nos dois sexos (75), noutros (76), parece maior nas mulheres. Os sujeitos borderline demonstram elevada instabilidade afetiva (97,103-105) com níveis elevados de afetos negativos (83,97), maior intensidade e reatividade (18,59,106) e maiores flutuações entre estados (97,103), com intervalos mais curtos entre estados negativos (97), e com mudanças rápidas de humor (83).

De um modo geral, estes sujeitos demonstram humor negativo mais acentuado, mais frequente e de longa duração, com alterações de humor mais frequentes e repentinas, do que noutras patologias (ex. depressão maior). Os afetos negativos identificados na literatura relacionavam-se com a ansiedade, a depressão e a solidão (107,108), a culpa, ódio (109) e a raiva (54,108,110). De acordo com alguns autores (111), estes afetos são despoletados, em parte, por eventos externos (111).

O humor habitual do borderline é disfórico (112) e oscila frequentemente entre a raiva, a ansiedade, desespero e pânico (113) e mais frequentemente entre a raiva e a ansiedade, quando controladas as perturbações de humor, idade e género (114). Como os estados emocionais negativos persistem durante mais tempo, após o seu aumento, o borderline vivencia uma demora acentuada na recuperação do seu baseline (83,85,87,104). Estes sujeitos raramente sentem bem-estar ou satisfação (113), têm níveis de afeto positivo mais baixos e instáveis (115) e há evidência de que não experienciam um aumento de emoções positivas quando percebem aceitação por parte dos outros (85).

O déficit na regulação das emoções assenta num padrão caracterizado pela sensibilidade ou vulnerabilidade emocional, pela presença de afetos negativos, pela intensidade com que os mesmos se manifestam e pelo déficit na regulação e adoção de estratégias adequadas para a gestão das emoções (13). Esta vulnerabilidade ou sensibilidade leva os sujeitos a responder aos estímulos de forma muito sensível (84, 116,117).

A autoagressão, (50,118), a raiva inapropriada, os sentimentos de vazio, a clivagem, a projeção (118), a vitimização e os sentimentos extremos, estão associados aos afetos negativos no borderline (50). A oscilação entre a raiva, a tristeza e a ansiedade, existente nestes sujeitos, são fatores importantes na sua desregulação emocional (87).

Os eventos relacionam-se com situações que podem fazer despoletar receios de abandono, rejeição ou solidão (83-85), que por sua vez desencadeiam um estado de tensão negativa intensa (83), caracterizada por emoções como a raiva, o medo, a tristeza (49,88,119). Esta tensão interna acentuada, aumenta rapidamente e tem uma duração maior do que em sujeitos não borderline (83),

Skodol et al. (11) já tinham anteriormente salientado o papel central que as dificuldades em experienciar e expressar as emoções têm na patologia borderline.

A capacidade de regulação emocional depende da correta perceção das situações (85). No entanto estes sujeitos têm uma perceção desadequada, experienciam um aumento dos afetos negativos e da sua intensidade e demonstram uma maior flutuação na vivência dos mesmos (97).

Alguns autores (99) sugeriram que as alterações de humor nesta personalidade interferem na capacidade de reconhecimento facial das emoções e que esta dificuldade contribui para a sua instabilidade afetiva.

A tendência para a negatividade no reconhecimento das emoções (99,101) com a tendência para sobrevalorizar estímulos banais (120) ou neutros (13) poderá dever-se à dificuldade em percecionarem corretamente os estímulos (121,122), mas também ao facto de percecionando a ameaça de rejeição e de abandono poderem estar a recordar vulnerabilidades precoces (na vinculação) (85).

Aqueles que têm afetos negativos mais instáveis, como a raiva, o desespero (2), ansiedade e tristeza (87), depressão e medo (88), são os que têm mais características borderline, vivenciam mais eventos interpessoais negativos e com maior reatividade ao stress (115).

Estas emoções negativas são uma consequência da sensibilidade emocional (114), evidenciando uma tendência para responder aos estímulos com acentuada sensibilidade

e influenciando a reatividade aos mesmos pelo desconforto e aflição que provocam. Esta sensibilidade relaciona-se com a percepção desadequada dos eventos (85), mas também aos próprios eventos (97,101,121).

A capacidade para lidar com as emoções está relacionada com a capacidade de reconhecimento e distinção dos vários estados emocionais (123) e a PB tem sido descrita como tendo um déficit neste campo (50), apesar de a literatura ser contraditória nalguns pontos. Alguns estudos referem a incapacidade de distinção entre estados emocionais descrevendo o que sentem de uma forma mais geral como o sentir bem ou mal (123), outros referem que o reconhecimento das emoções é possível, tal como qualquer sujeito sem patologia, mas este é caracterizado pela negatividade (99-101). Estes sujeitos são capazes de distinguir a tristeza da raiva (123), mas apresentam uma tendência acentuada para perceber a raiva em faces neutras (100-102). Estes mesmos autores adiantam que esta tendência pode ser um motivo para as dificuldades relacionais que esta personalidade apresenta e que se esta existe desde sempre impediu que estes sujeitos desenvolvessem a capacidade para lidar com as emoções. A reatividade emocional que o borderline apresenta dificulta a aprendizagem de estratégias que lhe permitam vivenciar e expressar as emoções de forma adequada e de impedir comportamentos desadaptados para reduzir os níveis elevados de emoções negativas (13).

De acordo com a literatura (13) a forte reatividade provoca mudanças rápidas e intensas e imprevisíveis, experienciando flutuações extremas nos estados afetivos, caracterizando assim a instabilidade emocional marcada nesta personalidade (104). A tendência que os sujeitos borderline têm para experienciar fortes emoções e a reatividade poderão estar correlacionadas com as características e diagnóstico borderline (18,59,106). Estas emoções parecem ser mais elevadas nesta personalidade, no que diz respeito ao afeto negativo, que aumenta rapidamente e com uma duração maior do que os não borderline (83), no entanto, a intensidade e a reatividade do afeto positivo parece ser similar quando comparado com sujeitos não borderline (122).

1.2. Autoestima

"Self-esteem (...) It is the conviction that one is competent to live and worthy of living"

Nathaniel Branden, 1969, citado em Mruk (124, p.19)

1.2.1. Conceito

De acordo com Rosenberg (125), autoestima (autoestima global) relaciona-se com a atitude positiva ou negativa que uma pessoa tem acerca de si mesma, ou seja, é um julgamento próprio acerca do valor que tem como pessoa merecedora e competente. Este julgamento está dependente da percepção que cada um faz de si próprio. A diferença entre autoestima e autoconceito reside no facto da primeira se relacionar com a percepção que o sujeito tem de si enquanto pessoa merecedora, enquanto a segunda se relacionar com o desempenho académico do sujeito (126).

A importância dos fatores afetivos da autoestima inclui a tendência para vivenciar estados afetivos positivos e negativos, e a forma como internalizou a importância da visão de si positiva sobre a negativa e a discrepância entre aquilo que percebe e o ideal que ambiciona (128).

A relação que a autoestima estabelece com as emoções dá-se ao nível dos sentimentos de valor, da desejabilidade, da aceitação e do sentir-se merecedor (129). A autoestima pode prever respostas emocionais positivas a eventos positivos e respostas negativas a eventos percebidos como negativos (130), e parece ser preditora de vários comportamentos desadaptados (124) ao nível relacional e psicológico, tais como a hostilidade, agressividade, (82,131), dificuldade em lidar com situações sociais e no relacionamento com o outro (132).

De acordo com vários autores (82,131), também o medo da rejeição pode ser preditor destes comportamentos acima descritos.

1.2.2. Nível de autoestima ou autoestima global (percepção geral)

A autoestima adequada e elevada caracteriza-se pela apreciação positiva e equilibrada acerca do valor ou competência que o sujeito atribui a si mesmo (133), de ser merecedor e digno enquanto pessoa, com sentimentos de segurança que não dependem de determinados resultados nem de validação constante. O sujeito planeia os seus objetivos de acordo com a relevância e o sentido que estes têm para si, não porque lhe são impostos. Situações em que se vê avaliado não influenciam a sua autoestima e a desejabilidade não

interfere nos seus relacionamentos que são caracterizados por compreensão, aceitação e intimidade (129). As suas expectativas de ser aceite pelos outros são elevadas (134) e a rejeição dos outros não ameaça a sua autoestima (135).

1.2.3. Autoestima implícita e explícita (consciente e inconsciente)

Existem situações em que o sujeito se percebe com elevada autoestima, como digno de valor enquanto pessoa, no entanto, também tem sentimentos desfavoráveis em relação a si próprio, dos quais não se apercebe. Quando o sujeito se apercebe do valor que tem e verbaliza-o, este valor é consciente e influenciado pelo seu contexto cultural atual, assenta numa lógica racional ao que se chama de autoestima explícita. A autoestima implícita refere-se aos sentimentos de valor inconscientes, mas que influenciam os pensamentos, emoções e comportamentos do sujeito, assentando na socialização aprendida e interiorizada ao longo do desenvolvimento (129).

1.2.4. Instabilidade da autoestima (flutuações)

A forma como o sujeito se percebe num determinado momento é sujeita a flutuações (124). Está descrito que os sujeitos que experienciam grandes flutuações na autoestima, poderão vivenciar a raiva com maior frequência e mostrar uma tendência para internalizá-la (129).

A instabilidade da autoestima é caracterizada pela duração, no tempo, das flutuações na percepção que o sujeito tem do seu valor enquanto pessoa. Estas podem ser breves e transitórias ou podem durar dias ou horas (129,136). A instabilidade na autoestima poderá dever-se ao facto de a pessoa vivenciar um número considerável de eventos positivos e negativos e estes fatores situacionais influenciarem a sua autoestima (136) e a resposta aos mesmos de acordo com a percepção de que sejam positivos ou negativos (129).

1.2.5. Autoestima contingente (significado)

Todas as pessoas experienciam altos e baixos na sua autoestima de acordo com os eventos diários. No entanto, umas sofrem flutuações intensas face a eventos pouco relevantes, mas aos quais atribuem um significado muito grande. A forma como o sujeito

encara estes eventos, que originam a flutuação, chama-se autoestima contingente, ou seja, a autoestima irá flutuar de acordo com a importância que o sujeito dá a estes eventos (137). Estes eventos diários podem causar mudanças na autoestima e o autoconhecimento está dependente do nível desta (138).

1.2.6. Relação da autoestima com a vinculação

Se o sujeito teve boas experiências irá ter confiança e segurança no mundo externo e sentir-se aceito e amado, desenvolvendo uma imagem de si positiva e assim ter instrumentos que lhe possibilitem a interação com os outros (139). Se pelo contrário, o sujeito experienciou rejeição e abandono por parte das figuras significativas, irá esperar o mesmo desfecho em qualquer relacionamento (132). Daí a maior parte dos stressores serem desencadeados em contexto relacional (140). Quando o sujeito percebe a relação com o outro na base da rejeição e desaprovação, a sua autoestima diminui (141,142).

O sujeito vai, então, perceber rejeição nos comportamentos ambíguos ou na falta de sensibilidade do outro e, perante os sinais de rejeição (reais ou imaginários) por parte dos outros, a autoestima vai ativar emoções negativas (140).

Pelo nível de autoestima pode ser inferido se esse sujeito se sente valorizado pelos outros (142). O sujeito pode ter uma visão positiva de si próprio no caso de ter experienciado uma vinculação segura, ou negativa se a vinculação não foi adequada. Como a autoestima se refere à imagem que cada um tem de si, então a autoestima parece resultar do tipo de experiências de vinculação (139). Aqueles que têm tendência para experienciar emoções negativas em várias situações e evitamento social, têm baixa autoestima e esta tendência medeia a ligação entre o tipo de vinculação e a autoestima (143).

Ter uma autoimagem negativa pode levar ao evitamento de situações nas quais o sujeito sente que o seu valor próprio possa estar ameaçado (144), ao mesmo tempo procura que o seu valor seja assegurado (96) através da aceitação e aprovação dos outros (137) e adote comportamentos compensatórios para lidar com as ameaças da vida social (96).

1.2.7. Desenvolvimento da autoestima

O desenvolvimento da autoestima está ligado à vinculação (132,143,145). Os sujeitos desenvolvem o sentimento de bem-estar e de autoestima no contexto de relacionamento com os prestadores de cuidados, que são as suas figuras de referência (os cuidadores da criança nos primeiros anos de vida), ao longo do desenvolvimento, logo as condições em que este relacionamento ocorre e a capacidade de internalização destas relações tem um papel muito importante no desenvolvimento da autoestima (145).

Um relacionamento, dos cuidadores para com a criança, baseado na segurança, na consistência de respostas e interações positivas, ou seja, com respostas efetivas e afetivas no momento adequado (características de uma vinculação segura), permite à criança desenvolver um sentimento de confiança nos seus prestadores de cuidados, antecipar respostas e a sentir-se amada. Esta estabilidade proporciona o desenvolvimento de uma visão de si, e dos outros, positiva (145) e proporciona, também, o desenvolvimento da capacidade de se relacionar, de perceber os eventos de forma adequada, e a saber lidar com as emoções. De forma contrária ela irá desenvolver um sentimento de desconfiança, de imprevisibilidade e de não ser amada, construindo uma visão de si, e dos outros, negativa (139,145).

A vinculação insegura correlaciona-se, assim, com a autoavaliação negativa (143) que resulta em baixa autoestima (139) e por consequência, desenvolve o receio de rejeição por parte dos outros (143) acreditando que não serão dignos do amor e cuidados do outro, porque desde cedo foi o que vivenciaram com as pessoas próximas (79,132). A baixa autoestima pode levar a reações intensas como a raiva (129) face à percepção de ameaças de abandono ou rejeição (115) e ao perceberem-nas, a ansiedade aumenta e com esta aumenta a percepção de negatividade e a expressão de reações intensas, comprometendo as relações com essas mesmas pessoas (80). A excessiva preocupação com a rejeição está associada com vários comportamentos desadaptados (16) e está descrito que os mecanismos de defesa servem a proteção da autoestima (146). Aqueles que o sujeito adota podem ter um papel importante no aumento e na manutenção da mesma (147).

1.2.8. Autoestima e desejabilidade

Existe, então, uma ligação importante entre a autoestima e a desejabilidade social. Com o avançar da idade a percepção que os sujeitos têm dos eventos parece mudar, passando a ter um impacto menor na sua autoestima, porque a aprovação dos outros vai deixando de

ter tanta importância e tornam-se menos sensíveis ao fracasso e ao feedback social, podendo, assim, diminuir a instabilidade da autoestima (137). Se os níveis de desejabilidade forem elevados, os níveis de autoestima estarão concomitantemente mais elevados (129), mas se a desejabilidade não for elevada, demonstrará uma autoestima mais genuína porque não estará dependente da aceitação dos outros.

Existe uma tendência para que a autoestima fique mais adaptada e a ter flutuações menos intensas face aos eventos situacionais, e a ser menos dependente da necessidade de aceitação e aprovação dos outros, com o passar dos anos (137). Este padrão é semelhante entre homens e mulheres (entre 25 e 104 anos). O seu perfil revela um aumento constante da autoestima desde a idade adulta jovem até à meia idade, atingindo o seu maior nível por volta dos 60 anos, altura em que se dá um decréscimo, que pode estar relacionado com a perda de saúde física e de estatuto sócio económico (137,148). O género e o nível de escolaridade influenciam os níveis de autoestima, na medida em que os homens revelam uma autoestima mais elevada do que as mulheres na idade mais jovem, e os sujeitos com maior nível de escolaridade também revelam maior autoestima (149).

1.2.9. Relação da baixa autoestima com a raiva

Quando a autoestima é baixa, são reportados níveis elevados de raiva (124) e os sujeitos reagem de forma acentuada perante situações que percecionam como relevantes para a sua autoestima (129). Quanto mais negativamente percecionarem essa situação, maior é a vontade de expressar a raiva para aliviar a tensão, contudo, a probabilidade de a conterem é maior, culpabilizando-se (129). Estes sujeitos não têm confiança nas suas capacidades para lidar com situações de ameaça e como esperam fracassar, evitam estas situações (150). Este evitamento social poderá afetar a expressão da raiva, mas não a inibe completamente (144). A baixa autoestima aumenta a vulnerabilidade para o comportamento autoagressivo, para a vitimização e para as dificuldades em manter relações próximas (151).

1.2.10. Autoestima na PB

A PB é caracterizada por baixa autoestima. Mesmo aqueles que não têm critérios suficientes para o diagnóstico desta perturbação da personalidade, mas apenas algumas características, revelam baixa autoestima. Quanto mais características tiverem e mais intensas forem a sua expressão, menor será esta e menos adaptada (152). Esta personalidade apresenta muitas variações na sua autoestima (115) que poderão ser dependentes da forma como avaliam as situações e os outros (153).

A sensibilidade acentuada à rejeição (83, 115) e aos stressores que apresentam advêm do relacionamento interpessoal (152) e sentem o seu bem-estar dependente da disponibilidade das figuras significativas (16). Aqueles, cuja autoestima dependa da tranquilização emocional por parte dos outros, ao terem vivenciado uma vinculação insegura através de negligência e rejeição na infância, apresentam uma necessidade acentuada dos outros, necessária para o seu bem-estar (96). Isto é congruente com esta personalidade. Ao sentirem insegurança, rejeição e abandono, por parte das figuras significativas, das quais necessitam para sua autovalidação, podem ocorrer comportamentos desadequados, como, explosões de raiva e comportamento autoagressivo, para manter a sua autoestima. A falha nesta proteção poderá levar a distorções da realidade e da forma como se percebe a si e aos outros (146).

A importância da ligação aos outros também poderá estar relacionada com a integridade do self, que se perde perante a ameaça de rutura desta ligação (16).

Quando experienciam ou percebem a relação com os outros como negativa sentem-se sem valor e rejeitados, despoletando angústia elevada (115). O mesmo acontece nas relações próximas. Curiosamente, o borderline não reage com um aumento de afeto positivo face à percepção de carinho e aceitação por parte do outro, o que poderá se relacionar com os receios constantes de rejeição e abandono, deixando-o pouco disponível a confiar nestas demonstrações de afeto (85).

As dificuldades interpessoais parecem estar relacionadas com a percepção ou distorções dos eventos e dos outros (85), que podem ser frutos dos mecanismos de defesa utilizados que levam à distorção da realidade, como a clivagem (146) ou esta distorção levar à adoção destes mesmos mecanismos (114,118). Ter uma percepção negativa de si próprio, devido às suas experiências, também interfere na sua autoavaliação, na avaliação dos eventos (153) e dos outros (132) e pode levar a sentimentos de desespero (154). Percecionar ameaças de rejeição nos outros, torna estes pacientes borderline mais reativos às situações do dia-a-dia e no relacionamento com o outro, porque estes focalizam-se nos

aspectos negativos e desagradáveis que possam colocar em risco a sua autoestima (134). A preocupação com a rejeição está associada com a baixa autoestima (132) e um novo relacionamento está dependente da aceitação prévia de si garantida por parte dos outros (134).

De acordo com a literatura, a percepção de fraco valor de si próprio, parece levar a uma intensa angústia emocional ou a aumentá-la (155), e ao aumento da tensão interna (156) até níveis vivenciados como intoleráveis, que poderá culminar em autolesões (156,157) como uma estratégia para reduzir esta tensão interna (83,158). Desta forma, parece importante o estudo do impacto que esta poderá ter nestes pacientes.

1.3. Impulsividade

1.3.1. Definição

Não existe uma definição consensual da impulsividade, mas múltiplas definições e em parte dever-se-á ao facto de cada uma delas caracterizar uma dimensão da impulsividade diferente. No entanto, alguns autores (27, 159, 160) consideraram a impulsividade como um traço de personalidade. Barratt conceptualizou-a como um traço de personalidade constituído por três dimensões, a impulsividade motora, através do agir sem pensar, a impulsividade cognitiva, através do pensamento e decisão rápidos e dificuldades em focalizar as tarefas ou estar vigilante, e a impulsividade ao nível do planeamento, através de uma falta de previsão e planeamento do futuro, antes de agir, estando orientado para o aqui-e-agora (159,161).

Ao contrário de um ato voluntário, que se caracteriza pela organização prévia do pensamento e comportamento face a uma ação a adotar (162) onde o sujeito recorre à capacidade para planear e para se auto monitorizar face aos seus impulsos (163), o comportamento impulsivo é espontâneo, o que implica o agir no momento, de forma inconsistente, face ao comportamento habitual, de forma rápida e imprevisível, sem planeamento nem previsão das consequências (164).

A impulsividade pode ser vista como uma descarga de energia face a um impulso sentido como "irresistível". No entanto, o facto de um sujeito reagir de forma exagerada, não implica que seja impulsivo porque são dimensões distintas, apesar de poderem ser correlacionadas. A reação exagerada corresponde à força e duração da resposta do sujeito, enquanto a impulsividade se relaciona com o tempo que o sujeito leva a responder a um determinado estímulo (163).

A dimensão impulsiva inclui os comportamentos que se caracterizam pelo subestimar dos danos e pela partilha da tendência para a ação, da qual fazem parte as autolesões (163,165) e a PB (166).

Um ato impulsivo desenvolve-se em cinco fases. Na primeira fase o sujeito sente um aumento de tensão ou pressão. Na segunda fase começa a sentir a incapacidade para resistir ao impulso. Quando chega à terceira fase a escalada de tensão ou pressão atinge o máximo de intensidade, os sujeitos sentem-se impelidos a agir e culmina num ato. Na fase seguinte surge o alívio imediato da tensão, seguido pela última fase, que é o sentimento de culpa ou remorsos pela realização do ato, apesar de, nem todos os sujeitos reportarem culpa (167).

Quando um ato é agressivo e detém características impulsivas considera-se uma agressão impulsiva, tal como acontece nos cortes e nas queimaduras, onde as dimensões agressiva e impulsiva se cruzam (107).

1.3.2. Multi-impulsividade

Alguns sujeitos podem apresentar vários comportamentos impulsivos, o que poderá sugerir que os seus impulsos possam estar ligados a uma personalidade impulsiva, como uma categoria nosológica diferente (168). As tentativas de suicídio e autolesões (169), na PB, podem ser um exemplo da existência desta multi-impulsividade no mesmo sujeito (170).

A incapacidade para controlar um impulso não impede o controlo de outros impulsos, e a existência de comportamentos impulsivos numa área não implica a impossibilidade de surgirem outros numa área diferente (171,168). Os momentos de grande ansiedade poderão despoletar comportamentos impulsivos em várias áreas ao mesmo tempo, em sujeitos com e sem patologias (163), por isso é preciso ter em conta que “as one impulsive behavior is treated, another impulsive behavior may come to the forefront” (172,p.235).

1.3.3. Tipos de impulsividade

Helmers (172) referiu “in clinical settings, the life history of repeated behaviors that led to negative consequences characterizes the impulse individual” (p.240). No entanto, nem todos os comportamentos impulsivos têm consequências negativas. Existem dois tipos de impulsividade, identificados por Dickman (160), a impulsividade funcional e a disfuncional. Este autor conceptualizou a impulsividade como um traço de personalidade, que refletia a incapacidade de elaboração do pensamento perante as situações, onde o sujeito demonstrava uma tendência para o agir sem qualquer previsão das consequências. A diferença entre a impulsividade funcional e disfuncional era avaliada de acordo com as consequências do comportamento impulsivo. Se estas consequências fossem negativas, ou seja, prejudiciais para o próprio ou para os outros, estávamos perante uma impulsividade disfuncional, aquela que Helmers (167) descreveu. Quando as consequências eram positivas ou benéficas tratava-se de impulsividade funcional.

Outros autores (173,174) apontam para dois tipos de impulsividade: a) a impulsividade que se baseia nas emoções negativas, e estas fazem despoletar uma pressão negativa que,

por sua vez, leva o sujeito a agir de forma precipitada; b) e a impulsividade que se relaciona com a falta de planeamento e de perseverança.

Podemos distinguir vários domínios da impulsividade, a impulsividade motora, a impulsividade cognitiva e ao nível do planeamento. Patton Stanford e Barratt (159) consideraram que a impulsividade motora se caracterizava pelo agir no momento de forma repentina; a impulsividade cognitiva relacionava-se com a incapacidade de controlo cognitivo (p.ex., pensamentos rápidos), incapacidade de atenção e para ser paciente; e a impulsividade ao nível do planeamento levava os sujeitos a agir sem elaboração ou planeamento das ações e sem prever possíveis consequências. A agressão impulsiva, bem como a instabilidade emocional, parecem correlacionaram-se com a dimensão da impulsividade ao nível do planeamento (110).

A impulsividade, como traço de personalidade, define o viver para o momento, e as suas dimensões interagem com outras características de personalidade (161) e esta relação parece ser diferente entre sujeitos com e sem psicopatologia (175).

A autoagressão é uma expressão comportamental da impulsividade, tais como os comportamentos de risco (166) e esta pode manifestar-se também através da incapacidade para esperar por recompensas, na ausência de previsão das consequências, na procura de sensações e no subestimar dos danos (14).

1.3.4. Impulsividade e compulsividade

A impulsividade caracteriza-se pela falta de reflexão e previsão, levando a atos precipitados, com incapacidade para resistir, como uma descarga de tensão, enquanto a compulsividade caracteriza-se por elaboração, excessivo controlo, evitamento do perigo servindo a neutralização de determinados pensamentos e a redução da ansiedade, através de atos estereotipados (176).

Desta forma, a impulsividade pode ser caracterizada pela dificuldade em subestimar consequências prejudiciais resultantes de um ato, enquanto a compulsividade pode ser caracterizada pelo sobrestimar dos danos prejudiciais.

Algumas perturbações parecem partilhar características de ambas as dimensões, mas foi considerado que a PB e as autolesões estariam junto do pólo impulsivo, sem partilhar características compulsivas (166).

1.3.5. Impulsividade e comportamento autoagressivo

A impulsividade pode ser canalizada para comportamentos autoagressivos, como as autolesões (177-182), tentativas de suicídio (139,165,167,183), comportamentos aditivos e de risco, presentes na PB (184-187) e para comportamentos hétero agressivos (4).

A relação entre características impulsivas de personalidade e a probabilidade de ideação e tentativas de suicídio foi encontrada tanto em populações psiquiátricas como não psiquiátricas (188,189). Em sujeitos deprimidos com tentativas de suicídio na sua história, a impulsividade poderá estar presente concomitantemente como uma característica de personalidade, mas também como um sintoma (190). Quanto aos níveis de impulsividade encontrados, a literatura revela dados discrepantes. Por um lado, sugere níveis mais elevados de impulsividade naqueles que concretizaram o suicídio, (191,192), por outro, refere a sua ausência (193).

Vários estudos concluíram que a impulsividade, naqueles que se autolesionam (com e sem patologia da personalidade identificada) parece ser mais acentuada (194-196), mas noutros estudos não há diferenças (197), ou não chegam a alcançar níveis com significado clínico (51).

Na presença de CAL parecem ser experienciadas mais emoções negativas (198) e na presença destas emoções, as autolesões parecem mostrar uma tendência para serem comportamentos impulsivos (199).

1.3.6. Impulsividade e raiva

A contribuição dos estados emocionais na tendência para o agir tem sido identificada por vários autores (200) mostrando a importância dos mesmos nas ações impulsivas, onde a vivência de estados emocionais negativos, tais como a raiva (201), pode levar à pressão para agir precipitadamente. Esta pressão parece ser o resultado da impulsividade com o afeto negativo, como resposta às emoções vivenciadas como desagradáveis. A pressão criada pelos afetos negativos parece ser o motor para a impulsividade, levando a ações destrutivas para alívio dessa pressão (171).

Estas emoções surgem em situações percebidas como a rejeição e solidão, e fazem despoletar níveis elevados de tensão negativa que parecem surgir rapidamente e demorarem muito tempo a diminuir de intensidade (83), nomeadamente, a raiva (202).

Estes afetos podem, assim, despoletar o comportamento impulsivo, que por sua vez, servem o objetivo de diminuir ou bloquear os afetos precipitantes (165,202). Este processo pode ter uma leitura diferente, a de que estes comportamentos servem a fuga aos seus sentimentos, substituindo o pensamento e o sofrimento interno pelo agir, bloqueando a sua capacidade de refletir nas suas experiências emocionais, ao mesmo tempo que permite um efeito imediato e momentâneo sobre as mesmas (171), tal como se fosse um comportamento aditivo.

Os afetos negativos, identificados na literatura, e já referenciados anteriormente, relacionam-se com a ansiedade a depressão e a solidão (107,108), a culpa e ódio (109) e a raiva (54,108,110). A raiva é uma emoção associada ao comportamento impulsivo e um fator importante na expressão de comportamentos autoagressivos impulsivos (54,108). O comportamento impulsivo canalizado para o próprio parece estar mais associado a sentimentos de raiva do que aquele virado contra o exterior e, no primeiro, parece existir maior probabilidade de os sujeitos vivenciarem e expressarem mais frequentemente a raiva, e de forma crônica (203).

1.3.7. Impulsividade na personalidade borderline

A PB é caracterizada pela impulsividade como uma das características centrais desta patologia (4,12) que pode manifestar-se em passagens ao ato frequentes (quer verbais quer físicas), sob a forma de comportamentos autoagressivos, e influenciar o curso da PB (12).

Juntamente com as emoções negativas, a impulsividade parece ser um fator preditor de características de PB em adultos jovens se estes as apresentarem durante um período de um ano (112), mas também da autoagressão direta e indireta (204). Esta ligação parece ser comum às perturbações da personalidade borderline e antissocial, nomeadamente ao nível da impulsividade motora (agir sem pensar), embora com expressões diferentes (205, 206). O que as distingue é que na primeira, esta relação inclui fatores internos, como o ressentimento, irritabilidade e culpa, enquanto na segunda, essa relação inclui fatores externos, como a agressão direta e indireta e o comportamento de oposição (205).

A literatura revela dados pouco consistentes em relação à impulsividade. Alguns estudos referem a sua remissão ao longo do tempo (48,207), e outros referem a sua persistência ao fim de 10 anos (23, 208, Anexo I), apontando para que esta se mantenha estável no tempo (48).

Não parecem existir diferenças, nos seus níveis, quando comparados com outras patologias, nomeadamente com perturbação bipolar e depressão major (196), ou com aqueles que não se autolesionam, em medidas laboratoriais (197). No entanto, outros dados sugerem a presença de níveis elevados de impulsividade (196) que parecem se relacionar com a raiva inapropriada, passagens ao ato e relações interpessoais perturbadas (209). Na presença de níveis elevados de impulsividade, as perturbações de ansiedade poderão constituir um fator de risco para as tentativas de suicídio nesta personalidade (210).

1.4. Raiva

1.4.1. Conceito

A raiva é uma emoção básica (211) do ser humano e pode ser experienciada por todas as pessoas nalgumas circunstâncias. Esta, tem uma função adaptativa relacionada com a autodefesa e com a proteção da sobrevivência. A raiva influencia o comportamento interpessoal e social (212) e pode ser secundária a outras emoções como a tristeza, o medo ou a solidão e pode expressar-se através da linguagem verbal ou não verbal. Esta emoção pode expressar-se de forma irracional ou indesejada, e interferir no relacionamento com os outros, na capacidade de comunicar de forma eficaz, levar os outros a reagir com raiva ou a sentirem-se ameaçados (213), e ainda, levar a consequências negativas e prejudiciais ao nível da saúde, tais como, doenças cardiovasculares ou cancro (214).

Entende-se por raiva a emoção que se sente perante situações que se relacionam com a projeção da culpa nos outros perante os efeitos dos próprios atos, face a escolhas e limitações do próprio (ex. cognitivas, físicas), para esconder outras emoções como o medo, ou perante a injustiça (215).

A agressão é vista como a manifestação agida da raiva, sendo o agir a transformação dos afetos agressivos em ação visando a eliminação de qualquer fonte de irritação ou dor (216). Outros autores (110) encaram a raiva, não como a base, mas como um fator que contribui para a agressão e que surge face a situações que são percecionadas como aversivas ou stressantes (22).

Face a uma ameaça ou provocação, a emoção gerada por estas situações leva a uma resposta agressiva e impulsiva. Neste caso estamos perante uma agressão reativa. Quando a resposta carece de qualquer base emocional, é premeditada, e dá-se o nome de agressão proativa (215).

A literatura refere que a raiva pode ser considerada como um estado de tensão elevada e vista como um stressor interno que coloca a pessoa em estado de alerta, permitindo mais facilmente o reconhecimento de fatores que possam contribuir para a sua ativação, entre eles, o stress e o trauma (217). No entanto, também pode ser considerada um estado emocional que pode variar de intensidade (raiva estado), ou ser encarada como uma característica de personalidade (raiva traço), e como tal, ser mais ou menos estável (218,219).

Como característica de personalidade é um conceito que se traduz pela tendência que um dado sujeito tem para sentir a raiva frequentemente, com mais intensidade e por períodos mais prolongados no tempo, face aos outros sujeitos (220). É uma emoção associada à impulsividade e um fator importante na expressão de comportamentos autoagressivos impulsivos (54,108).

Os mecanismos de defesa podem influenciar a vivência e a expressão da raiva (221, 222), mas as características de funcionamento de cada sujeito poderão determinar a intensidade da sua expressão (216), bem como o evitamento social, apesar deste último não parecer suficiente para a sua inibição (144).

A condução perigosa é considerada um comportamento impulsivo (4), e a raiva poderá ter um papel importante porque a literatura refere que os condutores (em geral) com pouca consideração para com a opinião dos outros, tendem a agir agressivamente quando zangados e, desta forma, conduzem de forma perigosa. Contudo, este agir poderá depender mais de fatores que podem predispor à vivência ou à expressão comportamental da raiva (221).

A raiva parece estar associada com a ansiedade e depressão (223), mas a autoestima também parece estar associada, negativamente, com a raiva (224,225). De acordo com DiGiuseppe e Trafate (215), se a forma como se percebe a ameaça não mudar, a raiva pode passar para a ansiedade ou depressão, e estas partilham a percepção exagerada de ameaça. O que poderá justificar porque na patologia borderline os pacientes oscilam entre elas (87,114), dada a tendência para percecionarem ameaças de abandono ou rejeição com frequência (145).

Aqueles que se autolesionam e apresentam concomitantemente tentativas de suicídio (avaliação da personalidade não foi realizada neste estudo) têm níveis mais elevados de raiva internalizada (raiva para dentro) quando comparados com aqueles que apenas têm tentativas de suicídio (53), sugerindo que os primeiros tenham uma tendência maior para tentar suprimir a raiva.

1.4.2. A raiva na personalidade borderline

A literatura acerca da raiva na PB é escassa. No entanto, a raiva intensa é descrita como o critério mais estável e resistente a mudanças, nesta patologia (48), surgindo em situações em que os sujeitos percecionam a rejeição (226). Os seus níveis de raiva, hostilidade e

irritabilidade são mais elevados do que noutras perturbações como a depressão major (196).

O desenvolvimento e gestão do comportamento interpessoal e social, é influenciado pela emoção da raiva (212). Assim, a raiva intensa tem um papel importante: nas dificuldades nas relações interpessoais (227), nos drop-outs dos tratamentos (228,229), nas autolesões, onde é apontada como um dos motivos para a autoagressão (158), e nas tentativas de suicídio (230).

A raiva é sentida em contexto de relacionamento com o outro (85), e a autoestima, nesta personalidade, parece depender das suas figuras significativas. Esta dependência parece aumentar os sentimentos de abandono e raiva (16), quando percecionam esse relacionamento como negativo, podendo sentirem-se rejeitados e sem valor (115), fragilizando a sua autoestima (85).

Perante eventos como a rejeição, o estar sozinho e o fracasso, com uma prevalência de 39%, os sujeitos com PB vivenciam níveis mais elevados de tensão negativa, mais frequentemente, e que persistem durante muito mais tempo (83), tornando as suas reações de raiva mais prolongadas no tempo quando comparados com sujeitos deprimidos e normais (201,231). A imprevisibilidade com que ocorre a raiva na patologia borderline e a intensidade da sua expressão diferencia esta patologia de outras perturbações da personalidade (114).

Os pacientes borderline parecem ter muitas flutuações na sua autoestima (115) e a presença destas flutuações parecem ser uma vulnerabilidade para vivenciar raiva mais facilmente e para uma maior propensão para a suprimir (127).

Os pacientes borderline com autolesões parecem experienciar mais intensamente sentimentos de raiva em situações específicas (raiva estado), tal como acontece com aqueles que se autolesionam impulsivamente sem PB (203).

A vivência de situações que não se controla pode levar à ansiedade (212) e a raiva parece ser frequentemente precedida pela ansiedade (87). A tensão interna que caracteriza a patologia borderline foi associada, à raiva, à perda de controlo e às autolesões, para além da baixa autoestima. Os níveis elevados de tensão negativa vivenciados nesta patologia da personalidade podem levar a níveis difíceis de suportar (156). Esta dificuldade em suportar a tensão negativa poderá relacionar-se com a duração de tempo em que esta é vivenciada e com decréscimo lento (201).

Esta emoção, quando avaliada em settings experienciais, parece ser mais prolongada nas mulheres com PB do que em sujeitos normais (201), mas em relação à reatividade os dados são inconsistentes. Nalguns estudos esta é maior (83,105,232), noutros parecem não existir diferenças com grupos de deprimidos e normais (231) mesmo num setting experimental (201).

1.5. Comportamento autolesivo

“The intimate relationship between borderline pathology and self-destructive acting-out (...) has been noted from the very first as one of the fundamental aspects of this group of patients” (86, p.233).

1.5.1. Autoagressão na história

A agressão pode ser encontrada tanto na espécie animal como na espécie humana. Existem testemunhos que dão conta dos vários tipos de agressão que podem ser descritos e enumerados em dois grandes conjuntos, nomeadamente, sob a forma física ou verbal, canalizada para o meio e para os outros ou virada contra o próprio quando é perpetuada sem intervenção de terceiros.

Favazza (233,234) referiu que ao longo da história a agressão pode ser encontrada em todas as culturas e manifestar-se de variadas formas, tais como, a que ocorre no norte das Filipinas com a crucificação e auto flagelamento por crentes voluntários num ritual religioso, como identificação a Cristo, e para se redimirem dos seus pecados (apesar da igreja católica condenar estes atos).

De acordo com este autor (233,234), uma das agressões mais frequentes na história e que surgiu em vários pontos do planeta, como na Oceânia, nas ilhas do Pacífico e em grupos aborígenes da Austrália e nos índios da América do Norte, foi a amputação de dedos, que era vista como um costume perante a morte de um familiar (Nova Guiné), ou simbolizando um sacrifício do próprio doente ou de um seu familiar, para que a sua doença desaparecesse (após todos os tratamentos terem sido aplicados (Polinésia), e até nas noivas, como aviso aos seus pretendentes (Austrália). A amputação dos dedos era, também, realizada num ritual religioso como oferenda ao sol, ou numa busca de proteção divina (América do Norte).

Outro exemplo de agressão era quebrar os dedos e fazer cortes para sangrar, durante o luto pela morte de um jovem guerreiro índio, ou o *Foot Binding*, também chamado de *Lotus Feet*, onde os dedos dos pés das meninas eram partidos aos três anos e ligados à planta do pé. Com o passar dos anos, os dedos iam-se juntando ao calcanhar, deixando os pés com uma forma bizarra e pequena. Este procedimento era considerado um sinal de beleza, do qual ainda existem vestígios, pois algumas mulheres ainda exibem esta deformação óssea (província de Yunnan na China, e na Tailândia).

Em África, Tailândia e Birmânia foram encontradas as chamadas mulheres girafas por exibirem um pescoço longo pela ilusão causada pelos anéis que ornamentavam o seu pescoço, que pelo peso destes empurravam a clavícula para baixo, provocando alterações

ósseas irreversíveis. A decapitação na guilhotina, como sentença ou como um ato de reivindicação sobre o domínio do inimigo, durante uma batalha, as tatuagens e os piercings na civilização ocidental atual (234) são outros exemplos de comportamentos agressivos da raça humana.

Aqui torna-se necessário salientar que nem todos os comportamentos agressivos são considerados patológicos e do foro psiquiátrico. Alguns estão contextualizados na sociedade, cultura ou religião do sujeito, i.e., estão associados a rituais, práticas e crenças culturais e religiosas daquele sujeito (234). Este facto torna imperativo o seu enquadramento antes de uma consideração final sobre a sua inserção na nosologia psiquiátrica atual.

Efetivamente, existem exemplos de **rituais** que se inserem em determinadas culturas e que têm um simbolismo subjacente que serve como ponte entre o sujeito e a sua cultura, são vistos como uma tradição e o objetivo é a sua inserção nesta.

Os objetivos dos rituais podem ir desde o marcar uma posição hierárquica social dentro da comunidade, curar ou serem apenas uma expressão da espiritualidade dos seus membros. Ao contrário destes, as **práticas** servem a ornamentação e a identificação do sujeito a um determinado grupo cultural, são passageiras e por isso o sujeito atribui-lhes pouco significado (233,235).

Do ponto de vista clínico, a agressão é a manifestação da raiva agida e tradicionalmente na literatura a sua abordagem foca-se na agressão negativa que se manifesta através de qualquer ação que vise agredir o outro e causar impacto, físico ou psicológico (215).

A agressão poderá surgir perante a frustração e/ou dor provocadas por situações em que são percecionados obstáculos que impedem o alcance da gratificação real ou imaginária de algum desejo. A agressão surge, assim, como estratégia desadaptada para eliminar qualquer fonte de frustração. A intensidade com que a mesma se irá manifestar será influenciada e determinada pelas características temperamentais de cada sujeito (216).

A agressão do ponto de vista clínico pode, então, manifestar-se de várias formas. Na forma física, quando é virada contra os objetos, contra o meio, contra o próprio, ou contra o outro/outros, e na forma verbal. Estes dois tipos são caracterizados pela exteriorização da agressão. Quando a agressividade é canalizada para o exterior chama-se de **hétero agressão** e inclui a agressão verbal, tal como gritar, insultar, praguejar, ameaçar, utilizar o sarcasmo, comentários depreciativos, assédio; e a agressão não-verbal que inclui comportamentos físicos de agressão, tais como matar, bater, magoar, ou posturas e gestos ameaçadores, perseguição, destruição de bens, entre outros (215).

Quando a agressão é virada contra o próprio, chama-se de **autoagressão**. Esta pode ser direta, que engloba todos os comportamentos que o próprio, sem intervenção de terceiros, inflige em si próprio, podendo causar ferimentos ou a sua própria morte (204). A autoagressão indireta relaciona-se com comportamentos cujos efeitos prejudiciais à saúde do sujeito manifestam-se a longo prazo. O sujeito assume a responsabilidade dos comportamentos, mas recusa qualquer intenção autoagressiva.

A autoagressão engloba comportamentos como as AL, a automutilação, comportamentos de risco e aditivos (estes últimos, como uma forma indireta de autoagressão), mas também as tentativas de suicídio e o suicídio (236).

Na sociedade ocidental, e apesar de serem atos autoagressivos, os piercings e as tatuagens são aceites socialmente, considerados como modificações do corpo, mas também como uma forma sublimada das autolesões (234). O mesmo já não acontece com os outros atos autoagressivos diretos e indiretos, pois são comportamentos que não têm qualquer valor simbólico de ligação ou inserção do sujeito à sua cultura ou religião, e são perpetuados por uma minoria de membros sob uma componente afetivo-emocional, e não sócio cultural ou religiosa como nos rituais e práticas (237).

Constata-se que na literatura confundem-se os termos automutilação, AL e autoagressão como tratando-se da mesma entidade. Por este motivo, torna-se necessário esclarecer estes conceitos.

1.5.2. Comportamentos autoagressivos diretos e indiretos

A autoagressão pode ser dividida em autoagressão direta e indireta. Na **autoagressão indireta** incluem-se os comportamentos de risco e aditivos, cujo objetivo não é a lesão física imediata, mas são prejudiciais a longo prazo. As formas indiretas de autoagressão incluem comportamentos que comprometem a saúde física ou mental, tais como, a toxicodependência, o alcoolismo, o tabagismo, a anorexia, bulimia, recusa no tratamento médico quando necessário (ex. diabéticos que recusam a insulina) (234), mas também, aqueles que comprometem a sua segurança, como a condução perigosa, comportamentos sexuais de risco, entre outros. A agressão indireta caracteriza-se pelo prejuízo a longo prazo e pela falta de consciência ou indiferença dos sujeitos pelas consequências dos comportamentos adotados (204). Características que se relacionam com estes comportamentos são o evitamento da depressão ou de conflitos, em sujeitos com baixa autoestima (238), e a impulsividade, com a procura de sensações, o correr riscos, e o viver

para o momento presente (184-187). No caso dos sujeitos com PB, pode chegar a uma prevalência de 99.2% com comportamentos de autoagressão indireta (239).

Na **autoagressão direta** incluem-se todos os comportamentos cujo dano é imediato, deliberado e sem intervenção de outrem. Nalguns destes comportamentos, o objetivo não parece ser a intenção de morte, embora possa estar presente ideação suicida, subjacente e inconsciente, nalgumas autolesões e automutilações, noutros comportamentos existe a ideação suicida, tal como nas tentativas de suicídio e no suicídio. A ausência de ideação suicida, no primeiro caso, não exclui a possibilidade de suicídio, que poderá ocorrer pelo aumento da frequência ou da intensidade com que o ato é realizado (240).

1.5.3. Tentativas de suicídio

Apesar de muitas tentativas de suicídio serem premeditadas, algumas são consideradas atos autoagressivos impulsivos (165). Nestas últimas, o alvo da agressão é o próprio (167) e apresentam menor letalidade face às tentativas premeditadas, por não apresentarem elaboração do pensamento e de previsão das consequências do seu ato. As tentativas de suicídio premeditadas são caracterizadas pelo planeamento e têm em conta as consequências do ato e por isso apresentam maior letalidade (241).

1.5.4. Automutilação

Segundo alguns autores (179,242,237) as automutilações são autoagressões graves porque levam à destruição irreversível de um membro do corpo, tal como, a amputação de membros, a enucleação ocular e a mutilação de genitais. Estes atos podem ameaçar a vida do sujeito e estão associados a casos de intoxicação por substâncias ou drogas (237), mas também a quadros psicóticos (179,243,244) em doentes com esquizofrenia (243), travestis, jovens psicóticos com obsessões e medos sexuais, e idosos com depressão psicótica ou doença grave, em que obedecem a vozes de comando, ou vivenciam um quadro delirante, frequentemente de contexto religioso (179,244), cujos temas se podem relacionar com tentações sexuais, com o pecado, autopunição ou salvação (244).

Como exemplo, no caso da castração os doentes podem vivenciar sentimentos de culpa pelos seus pensamentos ao nível da sexualidade e atribuí-los aos seus órgãos genitais, levando à remoção dos mesmos como uma necessidade. Estes atos podem ser impulsivos ou premeditados (242), no entanto, este tipo de autoagressão é rara (237).

1.5.5. Autolesões

As autolesões não são aceitas pela sociedade da mesma forma que alguns comportamentos de risco (ex., sexo sem proteção, condução perigosa) ou aditivos (ex. tabagismo). Os sujeitos que se autolesionam tentam esconder as suas lesões (cortes e queimaduras) vestem peças de roupa que tapam os braços e as pernas e, tendencialmente, evitam piscinas e praias nas estações quentes (245).

De acordo com Yates (246) as autolesões são comportamentos autodestrutivos que implicam uma lesão moderada do corpo, sem ideação suicida e que não se enquadram no contexto cultural ou religioso daquele sujeito. Estas, incluem atos ou comportamentos como, por exemplo, cortes, queimaduras, arranhões, arrancar peles/cabelos, bater em si próprio, fraturar os próprios ossos, introduzir objetos nas feridas ou morder-se. Estas têm um impacto externo, enquanto outras como o excesso de medicação ou ingestão de objetos cortantes, têm um impacto interno.

As autolesões mais frequentes são os cortes nas pernas e braços, e queimaduras. Os arranhões na pele são habituais na face, braços, pernas e couro cabeludo, pela acessibilidade, contrariamente a zonas como o abdómen e os seios, que são locais pouco escolhidos (83). Interferir com a cicatrização de feridas, inserir objetos debaixo da pele, gravar palavras na pele (diferente das tatuagens), perfurar-se com agulhas, atirar-se contra objetos ou mesmo o esmagar das extremidades (mãos e pés) são outros exemplos de autolesões (234).

Os sujeitos podem apresentar mais de um método autolesivo, contudo há sempre um método e local do corpo privilegiado (86).

1.5.6. Motivos das autolesões

As autolesões são apontadas como um mecanismo desadaptado e destrutivo que funciona como um método regulador das emoções e facilitador da tolerância ao stress, que momentaneamente providenciam um alívio rápido sobre emoções intensas, como a raiva, sintomas depressivos e ansiedade, vivenciados como “insuportáveis”, e até mesmo sobre pensamentos rápidos, fazendo-os decrescer a níveis toleráveis (247). Desta forma, as autolesões poderão ter como função lidar com os estados emocionais e servirem o objetivo de alcançar um equilíbrio emocional (167).

Vários motivos, ou funções são identificados para o CAL (248), tais como, ser uma fuga perante situações vivenciadas como “insuportáveis”, chamar a atenção (249), para libertação da raiva ou descarga de tensão, punição do próprio, bloquear pensamentos e afetos, alívio de sentimentos como a solidão e o desespero, para controlo do próprio ou dos outros, ser uma forma de comunicar um pedido de ajuda, para sentir-se vivo, purificar-se, ser uma tentativa para delinear os seus próprios limites ou para evitar o suicídio, ter um simbolismo de vingança contra o objeto sentido como frustrante (86,107,233,240,242,250), tornarem-se uma forma de estimulação perante situações de aborrecimento e solidão (248). Lidar com a despersonalização e com a desrealização também foram motivos apontados para o CAL (86).

Num estudo realizado, os motivos referidos por aqueles que se autolesionavam relacionavam-se com a autorregulação (como a libertação da pressão interna crescente) e com a autopunição (como uma forma de exprimir a raiva contra si próprio). No entanto, a autorregulação parecia ser a função principal das autolesões, enquanto a autopunição adquiria um papel com menor importância (251).

No entanto, e perante tantas funções que a autolesão pode representar, em contexto clínico, a distinção entre elas não é fácil, pois tanto poderão ser um mecanismo desadaptado, adotado pelo sujeito para lidar com sentimentos, pensamentos e situações sentidas como muito intensas, como servir como uma ferramenta para manipular os outros, agredi-los num ato simbólico de destruição do outro (mau objeto) e até mesmo para mostrar que ninguém o controla (158).

Parecem existir motivos diferentes entre homens e mulheres para o CAL. Num estudo as mulheres apontaram o alívio da solidão, a raiva de si mesmas e a depressão, que se relacionavam com uma postura de autopunição, enquanto os homens referiram que as autolesões eram uma via para influenciar ou comunicar com os outros, e para sair da monotonia (107).

Nalguns casos é reportada a ausência de dor nas autolesões (analgesia), mas esta poderá dever-se a um processo dissociativo relacionado com a tentativa de deixar de sentir os sentimentos experienciados como muito dolorosos e insuportáveis, contudo, os motivos mais apontados relacionam-se com a descarga da tensão interna (252).

Na PB, os motivos apontados relacionam-se com o sentir dor física (59%), punir-se por se sentir mau/má (49%), para controlar as emoções (39%), para manter o controlo (22%), para expressar a raiva (22%) e para sentir algo (20%) (253).

As variadas e diferentes funções psicológicas que as autolesões parecem representar, demonstraram que estas deveriam ser abordados do ponto de vista da função que parecem desempenhar na vida dos sujeitos (248). Suyemoto (254) já tinha mencionado que no mesmo sujeito o CAL pode representar vários motivos e ter várias funções, o que torna o seu conhecimento e intervenção clínica mais complexos.

1.5.7. A prevalência das autolesões

As autolesões podem ser encontradas na população em geral (255) e em populações clínicas, como sintoma ou critério de diagnóstico, surgindo em várias patologias como na PB, no autismo, na debilidade mental ou nas perturbações factícias (4), mas também associadas à perturbação obsessivo-compulsiva, abuso de substâncias, anorexia, tricotilomania (256), stress pós-traumático, perturbação explosiva intermitente (257), perturbações de humor, de ansiedade, demências (245) e síndromes de Lesch-Nyhan, Cornélia de Lange, Prader-Willi e de Gilles de la Tourette (258).

As autolesões podem surgir na ausência de patologia ou podem persistir após a remissão de sintomatologia (46) e encontram-se tanto na população adolescente (235) como em adultos. A sua prevalência varia de acordo com a faixa etária. Na infância já foram registados CAL, apesar destes serem raros (259,260) e poderem estar associados, por exemplo, à síndrome de Lesch-Nyhan (258).

A AL poderá ser encontrada em todas as faixas etárias, embora pareça ser mais frequente na adolescência (260). Este comportamento parece ser mais acentuado entre os 14 e os 24 anos e o pico da incidência, nas mulheres, parece ocorrer por volta dos quinze a dezanove anos, e nos homens entre os vinte e os vinte e nove anos (245). Este comportamento diminui de frequência a partir dos 40 anos (263), raramente vai até aos 60 anos (245) e parece aumentar a partir dos setenta anos (264), o que poderá dever-se a perturbações orgânicas como a demência, e a depressões no idoso.

Podem ser utilizados mais de um método autolesivo (259), embora os mais prevalentes sejam os cortes, (70 a 97%), seguidos do bater em si próprio (21 a 44%) e queimaduras (15 a 35%) (255).

Apesar do tipo de socialização estar descrito como uma hipótese explicativa para a tendência que as mulheres têm para interiorizar a raiva, e para os homens a exteriorizar canalizando-a para comportamentos hétero agressivos (245), os estudos concluem que

este comportamento é frequente em ambos os sexos (108), quer nas populações clínicas quer na população normal (265,255).

Apesar de alguns autores referirem que a prevalência mais aproximada da realidade não é bem conhecida (69), em contexto clínico parece rodar os 30 a 40% nos adolescentes, os 21% nos adultos, e em populações não clínicas parece rondar os 13 a 29% em adolescentes, passando por jovens adultos universitários com 20%, e entre 4-6% dos adultos (255,261,262,266-268).

A AL na PB ocorre em 50 a 80% dos sujeitos (261,262,269), e entre aqueles que apresentaram a recorrência deste comportamento, 30% apresentaram mais de um episódio no espaço de um ano (208), e 41% apresentaram uma média de 50 episódios registados ao longo da sua história (28,269), sendo frequente em ambos os sexos (108). Os cortes e as queimaduras são autolesões comuns (179) e os métodos escolhidos são preferencialmente os cortes (80%), bater em si próprio (24%), queimaduras (20%), bater com a cabeça (15%) e mordidas (7%) (253).

A prevalência das autolesões na PB parece ser maior em ambulatório quando comparada com a população não clínica de sujeitos borderline (62), contudo, esta situação poderá dever-se ao subdiagnóstico destes últimos.

De entre os vários critérios da PB, o comportamento autoagressivo, que inclui autolesões e tentativas de suicídio, representa 82.9% das características mais frequentes (22) e a sua presença parece duplicar o risco de suicídio (269). No entanto, no decurso de 10 anos, o comportamento autolesivo, em sujeitos dos 18 aos 45 anos com esta patologia da personalidade, não parece desaparecer em alguns sujeitos (23).

1.5.8. Aspetos fenomenológicos da autolesão

Os atos autolesivos, como já referido acima, podem surgir em populações clínicas (4,53,257,260), população geral (158,255,270) e universitária (271).

A presença de negligência, abuso físico e emocional, mas também, o abuso sexual (272), a angústia de separação (4), a dificuldade em lidar com os sentimentos, a baixa autoestima (245), a dificuldade na resolução de conflitos (273), e a gravidade dos sintomas dissociativos (274), parecem estar associados ao CAL.

Herpertz et al. (25) sugeriram que durante a AL o sujeito vivenciava o humor presente nos momentos anteriores ao ato, no seu nível mais intenso. De acordo com outros autores (54),

estes estados emocionais que parecem estar frequentemente presentes no ato autolesivo são a raiva, de si próprio ou de outros, e a ansiedade, mas também a depressão, a solidão e a frustração (107), sintomas obsessivo-compulsivos (275), rejeição, culpa (8), ódio de si mesmos (109), e o desespero (273).

Neste último estudo (273), que decorreu ao longo de um ano, a recorrência das autolesões foi associada a níveis mais elevados de depressão e desespero quando comparado com aqueles que apresentaram apenas um episódio ou nenhuma AL durante o mesmo período. Os sujeitos que apresentaram episódios autolesivos revelaram ter níveis mais elevados de somatização, obsessão-compulsão, depressão, hostilidade e ansiedade no SCL90 (165). Croyle (178) concluiu que as autolesões eram uma expressão comportamental da ansiedade e que se associavam a sintomas somáticos, sem qualquer relação com as perturbações do eixo II. Já outros autores (276) associaram a propensão para sentir vergonha às autolesões em geral, levando ao auto criticismo (277,278), ao evitamento de situações de stress (144), e à ruminação (279).

Alguns estudos referem que a raiva (54,203) e a impulsividade (178,179,208) tendem a ocorrer com a AL (24). Quanto maior for a raiva, a impulsividade e a ansiedade, maior poderá ser a tendência para a AL, e quanto maior for a raiva sentida, mais grave poderá ser a AL (54). No entanto, nas autolesões, a impulsividade poderá ser mediada pelos sintomas depressivos e ansiosos (280).

Apesar do aumento da impulsividade se correlacionar com as autolesões (177,179,181,182), esta só mostra influenciar a repetição destas num estudo (281), mas noutro não (208). Contudo, se as autolesões forem encaradas como uma estratégia positiva, poderá ser importante estudar o impacto desta forma de as encarar na sua recorrência (281).

Na população adolescente, o comportamento impulsivo, bem como a instabilidade afetiva e as relações interpessoais perturbadas, parecem estar associados à presença de autolesões sem ideação suicida, e com futuras autolesões (282). A impulsividade mostrou ter um contributo importante na repetição da AL, bem como a instabilidade afetiva. No entanto, há-que considerar a hipótese de subdiagnóstico nalguns sujeitos, que pela falta de gravidade dos episódios que justificasse o recurso a cuidados médicos durante o ano em que decorreu o estudo, não terem sido avaliados. O facto desta amostra ser adolescente também poderá ter influenciado esta diferença.

Para além da raiva (54,107,203) e da impulsividade (203,208,261), a baixa autoestima (245) e os critérios depressivos (283) também parecem estar associados às autolesões.

1.5.9. Fatores que podem desencadear a autolesão

O medo real ou imaginário de abandono ou a perda de figuras significativas, e as dificuldades ao nível das relações interpessoais foram identificadas como fatores que podem despoletar o CAL (284) e suicidário (83, 230, 269). A presença do sentimento de solidão, descrito como intolerável e de difícil remissão (48), também foi associado às autolesões (284) e sugerido como um fator de risco para a sua ocorrência (285,286),

A presença das autolesões na história parece ser um fator de risco para futuras AL, mas também, para o comportamento suicidário (285, 286). Contudo, a satisfação com o apoio social parece ser um fator que contribui para a diminuição de futuras autolesões, enquanto a vinculação segura parece ser um fator que contribui para a diminuição do risco de tentativas de suicídio (260).

1.5.10. Tipos de autolesões

As autolesões, sem ideação suicida, podem ser classificadas em três categorias, permitindo distingui-las consoante a gravidade das lesões inflingidas, da sua frequência e padrão de comportamento que evidenciavam. Assim, foram descritas as autoagressões major, a estereotipada e a superficial ou moderada. Estas últimas englobavam as autoagressões impulsivas e compulsivas, que por sua vez, se dividiam em episódicas e repetitivas (245).

Anos mais tarde, esta descrição é reformulada e passa a quatro categorias, a autoagressão major, a autoagressão estereotipada, a compulsiva e a impulsiva Simeon & Favazza (237), que seguidamente serão clarificadas.

A autoagressão **major** equivale à automutilação, já acima descrita. A autoagressão **estereotipada** inclui atos ou comportamentos que demonstram um padrão repetitivo, rítmico, incontrolável, facilmente observável pelos outros, sem qualquer manifestação de culpa ou vergonha, não têm significado para o próprio, nem visam qualquer objetivo. Os atos expressam-se através do bater com o corpo ou a cabeça na parede, balouçar a cabeça de forma repetitiva, morder os lábios, a língua ou os dedos e o bater em si próprio na face ou na cabeça. Estas agressões estão associadas a perturbações como o autismo, debilidades graves e profundas, bem como, à síndrome de Lesch-Nyhan, neuropatias hereditárias e síndrome de la Tourette (237).

A autoagressão **compulsiva** caracteriza-se por atos repetitivos como a tricotilomania (arrancar pelos ou cabelos), onicofagia (roer as unhas) e o arrancar ou arranhar a pele (escoriações para remover marcas e imperfeições da pele) (237).

Algumas lesões compulsivas podem ter um ritual elaborado (242), serem acompanhadas por pensamentos obsessivos e ocorrer ao longo do dia. Numa tentativa de aliviar a tensão, provocada por estes pensamentos, o sujeito adquire um determinado ritual onde a autoagressão visa a proteção do sujeito contra algo que lhe pudesse acontecer (4). No entanto, esta preocupação do sujeito parece passar a uma espécie de comportamento aditivo, sentido como algo que faz parte de si, ou seja, ego sintónico. Nas autolesões repetitivas o sujeito não as considera como autolesões, no entanto estas consideram-se a partir do momento em que o sujeito pensa no ato e depois o realiza (245). Outros autores (167) consideram que quando a recorrência das autolesões acontece sem fatores precipitantes podem tratar-se de autolesões compulsivas.

A autoagressão **impulsiva** relaciona-se com a dificuldade no controlo dos impulsos agressivos, onde os atos ou comportamentos realizados são sentidos como um impulso irresistível a que o sujeito não tem como controlar. Os exemplos mais frequentes são os cortes e as queimaduras.

Este tipo de autolesões foi identificado em sujeitos com abuso de substâncias, na perturbação explosiva intermitente (257), mas também em sujeitos com perturbações da personalidade, nomeadamente com a PB, antissocial e histriónica, em perturbações de ansiedade (ex. stress pós-traumático) (287), perturbação bipolar, perturbações depressivas e as dissociativas, anorexia e bulimia nervosa, alcoolismo, cleptomania e esquizofrenia (179).

1.5.11. Autolesões impulsivas

De acordo com alguns autores (165-167,180), as autolesões mais frequentes, como os cortes, as queimaduras e os arranhões, fazem parte da dimensão impulsiva.

Estas permitem um alívio rápido, mas também momentâneo, da vivência emocional que o sujeito experiencia naquele momento como insuportável, e para a qual não tem estratégias adequadas para lidar com ela (156).

Segundo a literatura, as autolesões impulsivas têm sido ao longo do tempo associadas de forma mais significativa a várias perturbações psiquiátricas, como a PB (179,240, 253,288) e a personalidade antissocial (289), e apesar de a literatura ser escassa, aponta-se para

que a AL impulsiva seja mais frequente no sexo feminino (247) e na PB (253). Estas também foram identificadas em sujeitos com abuso de substâncias e perturbação explosiva intermitente, na ausência de PB (257). Algumas perturbações do eixo I, tais como as perturbações dissociativas (54), perturbações alimentares (165), stress pós-traumático (287), também evidenciaram autolesões com características impulsivas.

É necessário compreender bem a noção de AL impulsiva. Esta relaciona-se com as características próprias de um ato impulsivo onde, independentemente da forma como se manifesta, tem de haver uma incapacidade para resistir ao impulso/tentação/pressão para realizar um ato que poderá ser prejudicial ao próprio ou aos outros (4, 290).

Um ato impulsivo pode ser descrito em cinco fases. Na primeira fase existe um aumento de tensão, na segunda fase o sujeito começa a sentir dificuldade para resistir ao impulso e na terceira fase a escalada de tensão atinge o seu expoente máximo, e o sujeito sente-se impelido a agir, o que culmina num ato. A quarta fase é caracterizada pelo alívio imediato da tensão sentida. Na última fase o sentimento de culpa aparece pela realização do ato, apesar de nem todos o sentirem (167). Kernberg (291) referiu que o alívio da ansiedade, sentido após o ato, relacionava-se com a incapacidade de alguns sujeitos experienciarem sentimentos de culpa.

As autolesões impulsivas, de acordo com a literatura (250), surgem num contexto de perda, abandono ou rejeição, real ou imaginária, e funcionam como fator precipitante para a passagem ao ato. Nestas, as dimensões impulsiva e agressiva cruzam-se (107) e o sujeito passa por uma experiência de gratificação e alívio durante o ato e após o mesmo, o alívio emocional é imediato (250).

Na PB, o comportamento autolesivo passa por cinco fases de evolução diferentes. A primeira fase caracteriza-se pelo acontecimento precipitante, que pode estar relacionado com a rejeição ou abandono, seja real ou imaginário; na segunda fase dá-se o aumento crescente das emoções negativas até níveis insuportáveis; a terceira fase é caracterizada pelas tentativas de antecipação do ato autolesivo, que quanto mais insuportável fosse, maior a tensão; na quarta fase dá-se a AL e na última fase surge um alívio, embora temporário (250).

De acordo com Lloyd-Richardson et al. (107), os sujeitos que se autolesionam, passam por uma outra fase após o alívio sentido. Estes referem emoções aversivas, como a raiva, depressão, frustração e solidão, anteriores ao ato, seguidas por alívio, tido como positivo, que é imediato, mas este último é seguido de culpabilidade e vergonha que advém da consciencialização que o sujeito adquire do seu ato após se aperceber do que fizera.

Os comportamentos agressivos e impulsivos relacionam-se com a raiva (54,110), mas a raiva parece aumentada naqueles que são virados contra o próprio quando comparados com os que são virados contra os outros (203).

A AL poderá ser esporádica (episódica) ou ser mais frequente (repetitiva) ao longo da vida do sujeito (179). Alguns autores referem que aqueles que apresentam autolesões impulsivas parecem ter maior probabilidade de vivenciar a raiva e exprimi-la sem fatores precipitantes (203).

Mas considerando outro aspeto, se a frequência das autolesões acontecer sem fatores precipitantes poderá estar mais relacionada com autolesões compulsivas, dada a probabilidade de existirem características obsessivo-compulsivas naqueles que apresentam autolesões impulsivas. E por outro lado, poderem existir características impulsivas nas autolesões compulsivas.

A manutenção das autolesões pode estar facilitada quer pelos traços impulsivos quer pelos obsessivos, porque os primeiros relacionam-se com a incapacidade de resistir ao impulso, e os segundos pela tendência para a sua repetição. Desta forma, e com o passar do tempo, as autolesões episódicas poderão tornar-se recorrentes ou repetitivas (167). Neste sentido, a probabilidade das autolesões impulsivas passarem a recorrentes ou repetitivas, parece estar aumentada na presença de características obsessivas (292), e que as autolesões episódicas ou esporádicas poderão surgir como resposta reflexo a qualquer tipo de ansiedade (245).

1.5.12. Autolesões e tentativas de suicídio

A recorrência de comportamento autodestrutivo, nomeadamente autolesões e tentativas de suicídio, estão associadas à PB como uma das suas principais características, sendo mais frequente nesta patologia (293).

As autolesões surgem num contexto de dificuldade em lidar com situações indutoras de stress, mas sem intenção de morrer (248). No entanto, existem sujeitos, com história prévia de autolesões, que referem um sentimento de ambivalência em relação à ideação suicida nas autolesões (258), e outros que apresentam concomitantemente as autolesões e tentativas de suicídio (293). Estas situações podem dificultar a avaliação da presença de ideação suicida nas autolesões, contudo, é preciso ter em conta que o risco de suicídio em sujeitos com comportamento autolesivo recorrente é elevado (286) quando em presença

de depressão grave, culpa, desespero, ideação suicida com plano de execução, elevado consumo de substâncias ou perturbação da personalidade (294).

Entre adolescentes, com características de PB, as autolesões parecem associar-se à ausência de ideação suicida (295), demonstram que podem ter atitudes mais positivas em relação à vida do que aqueles com tentativas de suicídio (296). Mas nos adultos, acabar com todos os sentimentos parecem ser as razões apontadas para o suicídio, enquanto a AL parece relacionar-se com uma busca de bem-estar (233). Na PB os sujeitos com história de tentativas de suicídio recorrentes referiram a procura de bem-estar e a libertação de emoções negativas, enquanto aqueles com apenas episódios de autolesões procuravam libertarem-se das emoções negativas, e ainda, expressarem a sua raiva, punirem-se, para sentirem emoções “normais” e para distração (297).

Mulheres com diagnóstico borderline, que apresentaram história de episódios autolesivos e tentativas de suicídio, obtiveram níveis significativamente elevados de depressão, desespero, raiva, ansiedade, impulsividade e ideação suicida (265). Numa população adolescente (sem descrição de características de personalidade) foram encontrados resultados semelhantes para a depressão e raiva, quando comparados com aqueles que apresentavam apenas tentativas de suicídio (298).

A presença dos impulsos que podem levar à AL e a presença de comportamento suicidário parece diferenciar os pacientes com PB e características de personalidade depressiva dos pacientes com personalidade depressiva sem PB. No entanto, os doentes que frequentemente se autolesionam aprendem que este comportamento é uma forma rápida e fácil de acabar momentaneamente com a tensão física ou psicológica sentida. Estes atos tornam-se então estratégias mal-adaptadas para lidar com a tensão resultante dos acontecimentos indutores de ansiedade (86).

1.5.13. Autolesões na personalidade borderline

As autolesões são um critério de diagnóstico (4) mas também são consideradas uma característica marcada desta personalidade (128,293,299,300). A própria PB é considerada um fator de risco para a sua ocorrência (28,265) e não parecem existir diferenças de género para este comportamento (301). A presença de autolesões nestes sujeitos constituem um fator de risco acentuado para o comportamento suicidário, com parte destes sujeitos (10%) a cometerem suicídio (68).

Perante o medo de abandono ou rejeição, quer este seja real ou imaginário, podem recorrer a CAL como uma forma de comunicar ou expressam aquilo que sentem (254), mas também como forma de os evitar (4)

Vários autores também concordam com a ideia das autolesões na PB, ocorrerem como uma estratégia de redução da tensão interna vivenciada (83,158), dado que estas acontecem como uma descarga desta tensão, e quando impulsivas, tendem a ocorrer para conter a raiva (240).

A raiva pelo outro ou o desejo de autopunição parecem estar na base das suas autolesões, e podem apresentar um carácter manipulativo por se relacionarem com a busca de uma resposta por parte do outro quando a ajuda, deste, fosse garantida (86).

Kernberg (8) distinguiu três tipos de pacientes com PB com comportamentos autolesivos. Um grupo é caracterizado por este tipo de autoagressão surgir num contexto de frustração intensa e raiva, como tentativa inconsciente de controlo do meio que os rodeia, podendo fazer surgir culpabilidade nos outros. Estes pacientes caracterizam-se pela necessidade intensa de apoio e pela dependência excessiva pelo outro. A AL surge em situações de perda de alguém significativo ou quando se sentem contrariados, situações que causam raiva intensa.

Um segundo grupo de pacientes é caracterizado por comportamentos autoagressivos, incluindo tentativas de suicídio, recorrentes que surgem quando vivenciam humilhação e tentam esconder a raiva que sentem. Através das autolesões expressam sentimentos de triunfo e onipotência sobre a dor ou sobre a morte, bem como um sentimento de superioridade que se reflete naqueles que ficam perturbados com este comportamento.

O último grupo apresenta pacientes com autolesões mais graves e bizarras. Estas devem ser encaradas como indícios de processos psicóticos que poderão estar a emergir. Nestes casos, estes pacientes podem encontrar uma forma de alívio da despersonalização ou desrealização. Estas situações podem levar a um aumento do desespero do paciente e culminar num suicídio (86), devido à sua fraca capacidade para desenvolverem estratégias de autocontrolo.

As características que distinguem os pacientes com PB e CAL, descritas na literatura, são a presença de intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas, comorbilidade de depressão e bulimia, e a existência de comportamento suicidário crónico (302), ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos mais acentuados, quando comparados com os pacientes com PB e sem CAL (275).

1.6. Importância do estudo

Apesar de a literatura ser discrepante nalguns resultados, esta também sugere que os sujeitos com PB revelam níveis mais elevados de impulsividade (188,194,196,303,304), de raiva (22,197,305) e baixa autoestima (115,303). Estas características também foram encontradas nas autolesões impulsivas (203) e naqueles que se autolesionam em geral (107,115,255,306).

A literatura também sugere uma relação entre a impulsividade e a raiva (53), e entre a autoestima e a raiva (307). No entanto, os dados são escassos relativamente ao tipo de relação que apresentam e às implicações que esta relação pode ter no comportamento autolesivo.

A revisão de literatura acerca do comportamento autolesivo nesta patologia da personalidade dá conta da limitada evidência científica existente quando o enfoque está na distinção destes sujeitos com e sem autolesões, e no impacto que a impulsividade, a raiva e autoestima poderão representar neste comportamento (197).

Os mecanismos pelos quais as autolesões ocorrem não são claros, nem porque uns se autolesionam e outros não. A necessidade de compreensão destes mecanismos subjacentes a este comportamento prende-se ao facto das autolesões terem uma maior prevalência na PB (28); estarem associadas ao risco elevado de suicídio (269); à necessidade de identificação daqueles que poderão estar em risco de desenvolver, reincidir ou de manter este comportamento; e à necessidade de adotar estratégias interventivas mais adequadas.

Para se conhecerem estes mecanismos, é imperativo compreender o que distingue os pacientes borderline que se autolesionam dos que não adotam este comportamento. Isto poderá sugerir que o processo pelo qual as autolesões ocorre poderá ser muito complexo e englobar um conjunto de variáveis relacionadas com fatores de risco, fatores precipitantes, perceção das situações, características da PB, sintomatologia, eventos, entre outros.

O presente estudo pretende ser inovador, e contribuir para uma melhor compreensão destes pacientes e do comportamento autolesivo, através do impacto destas variáveis na sua distinção.

Os resultados poderão ter implicações clínicas importantes ao nível da intervenção clínica destes pacientes.

2. MÉTODO

2.1. Objetivo e fundamentação dos problemas e hipóteses do estudo

O comportamento autolesivo não é exclusivo da PB (4), mas é uma característica distintiva desta patologia (128) e representa um dos seus critérios de diagnóstico (4). Os estudos sugerem que este comportamento, caracterizado maioritariamente por cortes e queimaduras (179), possa estar presente até 85% dos sujeitos com PB (261,269), e duplicar o risco de suicídio (269).

Vários estudos sugerem que a negligência, o abuso físico, emocional e sexual (308), as dificuldades na resolução de problemas e em lidar com as emoções (273), e a angústia de separação (4) são fatores associados ao comportamento autolesivo na PB. Outros fatores estudados, como a perda de figuras significativas, o medo de abandono ou da rejeição, a solidão, as dificuldades no relacionamento interpessoal (284), e a falta de regulação emocional (251), parecem despoletar este comportamento. No entanto, não é claro porque se autolesionam alguns sujeitos com PB e outros não. Na verdade, foram encontrados poucos estudos que diferenciavam estes sujeitos (275,302).

Apesar de a literatura sugerir a presença da impulsividade (309,310), da raiva (18) e da autoestima na PB (115,152), mas também no CAL (115,203,303), pouco se sabe acerca do seu papel na distinção destes sujeitos e o seu impacto nas autolesões.

Por outro lado, a literatura também sugere a possibilidade de cada uma destas variáveis influenciar o diagnóstico e o prognóstico da PB (12,42,43). No entanto, parece existir pouca evidência acerca da influência destas na patologia borderline, como já havia sido evidenciado por alguns autores (47).

Assim, este estudo pretende chamar a atenção para a necessidade de encontrar características que permitam distinguir estes sujeitos, de modo a: a) possibilitar a identificação daqueles que possam estar em risco de desenvolver, manter ou intensificar o comportamento autolesivo; b) contribuir para uma maior compreensão da influência da impulsividade, raiva e autoestima no comportamento autolesivo, no seu diagnóstico e prognóstico.

Se a impulsividade, a raiva e a baixa autoestima estão presentes tanto na PB, como naqueles que se autolesionam sem PB, então, particularmente naqueles que se

autolesionam com PB, a impulsividade, a raiva e a autoestima poderão ter um peso diferente.

Esta investigação procura contribuir através da resposta a três questões principais relacionados com: 1) a distinção dos pacientes com diagnóstico borderline, com e sem comportamento autolesivo, através dos níveis e impacto da impulsividade, autoestima e raiva; 2) a influência destas variáveis na gravidade do diagnóstico borderline; 3) e o impacto destas variáveis no comportamento autolesivo.

Problema 1

Será que a raiva, a impulsividade e a autoestima distinguem os pacientes diagnosticados com PB na presença de autolesões?

Hipóteses

H0: A impulsividade, a raiva e a autoestima não distinguem os pacientes com autolesões.

H1: A impulsividade, a raiva e a autoestima distinguem os pacientes com autolesões.

Problema 2

Será que a gravidade do diagnóstico borderline é influenciada pela impulsividade, raiva e autoestima de forma diferente nos pacientes que se autolesionam?

Hipóteses

H0: A gravidade do diagnóstico não é influenciada pela impulsividade, pela raiva e pela autoestima de forma diferente nos pacientes que se autolesionam.

H1: A gravidade do diagnóstico é influenciada pela impulsividade, pela raiva e pela autoestima de forma diferente nos pacientes que se autolesionam.

Problema 3

Será que a impulsividade, a raiva e a autoestima têm impacto na explicação da frequência das autolesões?

Hipóteses

H0: A impulsividade, a raiva e a autoestima não explicam a frequência de autolesões.

H1: A impulsividade, a raiva e a autoestima explicam a frequência de autolesões.

A revisão de literatura dá conta de que dados importantes para a compreensão da PB e do CAL estão dispersos por diversas disciplinas (ex. psicologia, psicanálise, psiquiatria, neuropsicologia) e especialidades (ex. clínica, comportamental, personalidade, psicoterapia, cognitiva). Estes dados complementam-se e por isso considerou-se ser mais útil abordar os resultados obtidos através de um modelo explicativo acerca do CAL na PB. A combinação de modelos e dados pertinentes de diferentes investigações, permitirá um suporte menos limitativo às conclusões deste estudo.

2.2. Desenho do Estudo

Este é um estudo observacional e transversal, e baseia-se na procura de associações estatísticas entre as variáveis, em diferenças nos padrões entre duas populações e em identificar fatores de risco entre uma população com uma característica (autolesões), e outra sem esta mesma característica. A seleção partiu de uma amostragem não-aleatória por conveniência, e foram utilizadas medidas standardizadas, análises e a interpretação dos dados (311). A perspetiva procura estudar o comportamento humano (312) e normalmente privilegia o uso do questionário.

2.3. Participantes

A recolha dos dados foi realizada no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa entre 2008 e 2013. Na sinalização prévia ao recrutamento foram rejeitados vários pacientes devido aos critérios de exclusão, no entanto, estes não foram contabilizados. Nesta sinalização sete clínicos disponibilizaram-se para este efeito. Assim, no recrutamento ($N = 52$), oito foram excluídos por não apresentarem critérios suficientes para o diagnóstico borderline da personalidade e três por *drop-out* (abandono da investigação). A amostra final foi constituída por 41 pacientes ($N = 41$), com idades entre os 19 e os 49 anos, de ambos os sexos, sendo 32 do sexo feminino e nove do sexo masculino, raça

caucasiana, com escolaridades entre o 4º ano e a frequência universitária ou superior. Nesta amostra, 18 pacientes reportaram episódios autolesivos, 32 reportaram apenas tentativas de suicídio, e 15 reportaram os dois comportamentos autoagressivos. Os pacientes recrutados encontravam-se em regime de ambulatório (consulta externa e hospital de dia), distribuídos entre o apoio psicológico e o apoio psiquiátrico, a combinação dos dois tipos de apoio ou não tinham nenhum apoio institucional. Assim, seis pacientes estavam em psicoterapia, 17 com apoio psiquiátrico, 11 com uma combinação dos dois, e sete não recebiam nenhum tipo de apoio. O apoio psicológico tinha começado há menos de um ano e o apoio psiquiátrico mantinha-se, sem interrupções, nos últimos oito meses. Os pacientes com comportamento autolesivo reportaram entre cinco a dez autolesões nos últimos dois anos.

2.3.1. Critérios do comportamento autolesivo

Neste trabalho, as autolesões foram avaliadas em função das características de um ato impulsivo, propostas em Hollander e Stein (1967). Assim, por autolesões foram definidas todas as lesões infligidas no próprio, sem ideação suicida consciente ou prazer sexual, ao ponto de causar ferimentos superficiais, nomeadamente, os cortes, as queimaduras, o arranhar ou bater em si próprio. Para que estas fossem consideradas autolesões impulsivas foi necessário que tivessem ocorrido, de acordo com as fases que caracterizam um ato impulsivo (1973): a presença de um aumento de tensão, sentida como um impulso irresistível, com incapacidade para controlar ou parar o ato, sem premeditação prévia, e sem relação com algum ritual ou que tenham ocorrido sob efeito do álcool ou de substâncias.

2.3.2. Critérios de inclusão e de exclusão

Todos os pacientes selecionados foram diagnosticados de acordo com os critérios clínicos do DSM-IV-TR (4) para a perturbação borderline da personalidade, e teve-se em conta os critérios de inclusão e de exclusão do estudo.

Os critérios de inclusão incluíram ter o diagnóstico de perturbação da PB, idade entre os 18 e os 50 anos, escolaridade igual ou superior ao primeiro ciclo (4º ano), ausência de comportamentos aditivos e de história de traumatismos cranianos.

Os critérios de exclusão selecionados visaram o controlo de possíveis variáveis de confundimento (variáveis parasitas), nomeadamente:

Idade Inferior a 18 Anos

Apesar de alguns autores considerarem que o diagnóstico de perturbação da PB pode ser feito na adolescência (30) e até mesmo na infância (19), outros referem que fora da adultícia o diagnóstico pode não ser válido e não ter valor preditivo (33) por não considerar a variabilidade dos diferentes estádios do desenvolvimento (313). Pela falta de concordância científica optou-se por uma amostra de sujeitos adultos.

Idade Superior a 50 Anos

Alguns autores (15) consideraram que a PB tinha uma estrutura relativamente estável no tempo, enquanto outros (40,43) defenderam a probabilidade do decréscimo significativo ou da remissão do diagnóstico borderline com o avançar da idade. Como no estudo de Shea, Edelen, Pinto, Yen, Gunderson, Skodol, Markowitz, Sanislow, Grilo, Ansell, Daversa, Zanarini, McGlashan, & Morey (47) concluiu-se que sujeitos com idade perto dos 50 anos não demonstraram uma melhoria significativa nos seus critérios de diagnóstico, neste estudo optou-se por este limite de idade.

História de Traumatismos Cranianos

Vários são os estudos que evidenciaram que um traumatismo craniano poderia levar a alterações comportamentais significativas, entre elas a impulsividade, explosões de raiva, comportamento hétero e autoagressivo, tal como as autolesões (314). Num estudo (315) concluiu que 66% dos sujeitos da amostra, que tinham sofrido um traumatismo craniano, apresentavam, após o ferimento, critérios para uma perturbação da personalidade. A PB era uma das mais comuns, juntamente com a paranoide, obsessivo-compulsiva, evitante, narcísica e antissocial. Para que fosse diagnosticada uma perturbação e não uma alteração da personalidade e para que as variáveis em estudo, nomeadamente a raiva e a impulsividade não fossem um sintoma de organicidade, os traumatismos cranianos foram definidos como critérios de exclusão.

Crítérios de Personalidade Antissocial (DSM-IV-TR) (4)

Pelos motivos identificados no ponto acima, e porque os sujeitos com PB e critérios de personalidade antissocial demonstraram níveis elevados de impulsividade (12), e partilha na impulsividade motora [característica de ambas (205), ainda que com expressões diferentes (206)], tornou-se necessária a exclusão da personalidade antissocial pela necessidade de avaliar a impulsividade como uma característica de PB e não como uma característica antissocial.

Características de personalidade Obsessivo-Compulsivos (DSM-IV-TR) (4)

As autolesões impulsivas poderão englobar características obsessivo-compulsivas e vice-versa porque ambas as características parecem facilitar a repetição das autolesões. No caso das características obsessivo-compulsivas, pela tendência para a repetição e no caso das características impulsivas, pela dificuldade em controlar os impulsos (167). Gardner e Gardner (292) já tinham sugerido que as autolesões em sujeitos com características obsessivas pareciam ter uma grande probabilidade de passarem a ser repetitivas e assim incluírem-se no tipo de autolesões compulsivas. Uma vez que as autolesões impulsivas eram um critério de inclusão neste estudo, as características obsessivo-compulsivas foram um critério de exclusão.

Autolesões repetitivas

Como as autolesões repetitivas parecerem ter uma componente compulsiva (237), optou-se por excluí-las para que as autolesões tivessem características muito semelhantes.

Ocorrência de Autolesões Não Impulsivas

As autolesões podem dividir-se em impulsivas e compulsivas (237). Existe alguma controvérsia acerca das dimensões compulsiva e impulsiva e na sobreposição destas (166). Davis e Karvinen (316) concluíram que a dimensão impulsiva e a compulsiva podiam coexistir no mesmo sujeito. Como a impulsividade é uma das variáveis em estudo, excluiu-se as autolesões que não são impulsivas pela possível interferência da dimensão compulsiva nos resultados obtidos.

História de Abuso/Dependência do Álcool e/ou de Substâncias

Alguns autores referiram que a impulsividade pode levar ao abuso de substâncias e este levar ao aumento da impulsividade num ciclo vicioso (317) e não se sabia onde começava este ciclo.

Contudo, outros autores concluíram que o consumo de substâncias em sujeitos com diagnóstico borderline não aumentava os níveis de impulsividade, a tendência para a AL, nem a gravidade do diagnóstico, quer esta dependência fosse recente ou passada (318).

Zlotnick, Mattia e Zimmermean (257) identificaram a presença de autolesões impulsivas em perturbações do eixo I, nomeadamente no abuso de substâncias e na perturbação explosiva intermitente, na ausência de PB e antissocial.

Dadas as conclusões discrepantes evidenciadas na literatura, estas variáveis foram consideradas como critérios de exclusão.

Em relação à dependência do álcool, concluiu-se que os níveis de impulsividade eram superiores naqueles que se auto lesionavam, quando comparados com aqueles que não estavam dependentes (319). Por este motivo, a dependência do álcool foi também considerada um critério de exclusão.

Internamento Psiquiátrico

As doses mais elevadas de medicação a que os pacientes estão sujeitos em internamento, poderiam alterar o comportamento, interferir na capacidade de reflexão e tomada de decisão dos pacientes.

Como a literatura refere a predisposição da PB para perturbações do eixo I (50), níveis elevados, recorrentes e persistentes de sintomatologia, com pouca remissão total, onde as perturbações de ansiedade e do humor parecem ser as mais frequentes (46), justifica-se assim, a dificuldade em selecionar pacientes sem qualquer medicação para a sintomatologia.

2.4. Materiais

Os materiais utilizados neste estudo foram selecionados de acordo com o objetivo proposto. Neste sentido, considerou-se importante escolher instrumentos frequentemente

utilizados em investigação, que estivessem adaptados e aferidos para a população portuguesa, e com qualidades psicométricas adequadas.

A escolha do DSM-IV-TR para orientação empírica baseou-se na sua universalidade em que “mais do que qualquer outra classificação das perturbações mentais, o DSM-IV-TR baseia-se na evidência empírica” (4,p. XXIV), dado que “a única maneira de garantir que os diagnósticos sejam reproduzíveis e confiáveis é seguir sistematicamente um conjunto padronizado de critérios” (320,p.284). Este manual indica critérios específicos de orientação para o diagnóstico das perturbações mentais, tendo sido elaborado por diversos grupos de trabalho com elementos especializados em cada área diagnóstica, podendo ser utilizado por psicólogos, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e de reabilitação, assistentes sociais e outros técnicos de saúde, em vários contextos, quer privados quer públicos, tais como internamento, ambulatório, nos cuidados primários, psiquiatria de ligação, etc. (4).

Para diagnóstico da PB e comorbilidades de eixo II foi aplicado o questionário SCID-II-PQ e a entrevista semiestruturada SCID-II, para o DSM-IV-TR. Juntamente com esta última foi utilizada uma entrevista, com carácter exploratório e qualitativo, centrada no CAL dos pacientes que o reportaram.

Aplicou-se, ainda, uma escala de sintomatologia que serviu o propósito de averiguar a existência de diferenças entre os grupos que pudessem enviesar os resultados do estudo, e adicionalmente foi incluída nos modelos para verificar o seu efeito a título exploratório.

Para avaliar as variáveis em estudo (impulsividade, raiva e autoestima) foram aplicadas a escala BIS-11 para a impulsividade, o inventário STAXI para a raiva, e a escala RSES para a autoestima.

2.4.1. Entrevista semiestruturada para as perturbações da personalidade do DSM-IV e questionário. A entrevista semiestruturada para as perturbações da personalidade do DSM-IV e o questionário (SCID-II e SCID-II-PQ; (321), com versão traduzida e autorizada, foram utilizados para fazer o diagnóstico da perturbação borderline da personalidade e para pesquisar comorbilidades com outras perturbações do eixo II (Anexo II).

Esta entrevista clínica ajuda a efetuar o diagnóstico standardizado, de acordo com os critérios específicos do DSM-IV-TR, para uniformizar a amostra. Este manual engloba os três grupos de perturbações da personalidade, nomeadamente as do grupo A (personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica), do grupo B (PB, antissocial,

histrionica e narcisica), e as do grupo C (personalidade dependente, evitante e obsessivo-compulsiva).

As questões da entrevista centram-se nos comportamentos e estados afetivos dos pacientes e estão direcionadas à vivência e experiência subjetiva de cada um, onde através de exemplos dados por estes, os critérios da patologia da personalidade vão sendo excluídos ou diagnosticados. A entrevista começa com perguntas mais gerais levando os pacientes a dar informação acerca da maneira como se caracterizam, como se comportam e se relacionam, e acerca da sua capacidade de autorreflexão. Seguidamente os critérios de personalidade são explorados através de 119 questões que se distribuem pelas perturbações da personalidade caracterizadas pelo manual das perturbações da personalidade.

O questionário (Anexo II), constituído pelas mesmas questões que compõem a entrevista, é autoadministrado com respostas verdadeiro/falso e a sua utilização tem como objetivo abreviar o tempo de entrevista, dado que não foi concebido para ser administrado isoladamente, mas em conjunto com a entrevista. Posteriormente, a entrevista vai basear-se apenas nas questões respondidas afirmativamente, permitindo um menor grau de saturação dos pacientes com a situação de entrevista. Alguns autores (320-322) determinaram que o SCID-II-PQ apresentava um nível baixo de falsos negativos, havendo concordância entre o resultado do questionário e o diagnóstico do sujeito através da entrevista.

A instrução do questionário era a seguinte: estas questões são acerca da sua maneira de ser, ou seja, acerca de como, de uma maneira geral você se tem sentido e comportado ao longo da sua vida. A instrução da entrevista era a seguinte: Agora, gostaria de passar para as perguntas às quais você respondeu “verdadeiro” no questionário. A aplicação do questionário demora 10 a 15 minutos e a entrevista pode demorar entre 30 a 45 minutos.

A cotação das respostas e dos exemplos dados pelos pacientes durante a entrevista é feita com base numa grelha onde: (a)? corresponde a informação inadequada para diagnosticar o critério de personalidade, (b) 1 corresponde a informação ausente ou falsa, (c) 2 corresponde a informação insuficiente, (d) 3 corresponde a informação suficiente ou verdadeira. Para a classificação de um critério do DSM-IV é necessário que o item seja cotado com 3. O número de itens necessários para o diagnóstico de perturbação de personalidade varia de acordo com a patologia da personalidade, ou seja, no caso da PB são necessários no mínimo 5 itens, que correspondam a 5 critérios, para que o diagnóstico desta patologia seja feito.

2.4.2. Entrevista semiestruturada para as autolesões. Esta entrevista é constituída por 16 questões e visa explorar o motivo, o carácter impulsivo, a influência de drogas ou álcool e a gravidade da lesão (Anexo II). Esta entrevista não faz parte de nenhum instrumento. Contudo, são questões importantes que fornecem informação pertinente na compreensão das autolesões e que auxiliam o diagnóstico do critério cinco (comportamentos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento auto mutilante), do SCID-II e SCID-II-PQ, para a PB (4), analisando o tipo de autolesões reportadas. Esta entrevista é realizada após o critério de autolesões da PB ser identificado, continuando depois a entrevista SCID-II.

2.4.3. Escala de impulsividade de Barratt. A escala de impulsividade de Barratt (BIS-11; 159), versão portuguesa adaptada e validada para a população portuguesa (322), é constituída por 30 itens, distribuídos por três subescalas, a subescala motor com 11 itens, a subescala do não planeamento com 11 itens, a subescala cognitiva com oito itens. É uma escala de Likert de quatro pontos, autoadministrada. As respostas vão desde o raramente/nunca, ocasionalmente, frequentemente e quase sempre (Anexo II). Os itens têm um valor que vai de um a quatro, do menos para a mais impulsivo, logo quanto maior for a pontuação total da escala, mais impulsivo será o sujeito, sendo o valor máximo da escala 120-

Esta escala é um dos instrumentos mais utilizados na investigação da impulsividade, quer em estudos biológicos, quer psicológicos (160) e foi concebida sob o constructo de que a impulsividade é um traço de personalidade, constituído por três grandes subtraços, o motor, o cognitivo e o não planeamento. O subtraço motor foi definido como o agir sem pensar, o cognitivo como o tomar decisões muito rapidamente e o de não planeamento como uma falha na sua projecção no futuro, tendo apenas uma orientação para o presente (165).

O BIS-11 demonstrou ter consistência interna para o valor total da escala, e ser um instrumento fiável na medição da impulsividade (322).

2.4.4. Escala de autoestima de Rosenberg. A escala de autoestima de Rosenberg (RSES; 125) foi validada para a população portuguesa adulta mostrando consistência interna e semelhanças no género (323,324). Esta foi desenvolvida para medir a autoestima global através de uma escala de likert de quatro pontos, auto administrada, com respostas concordo completamente, concordo, discordo e discordo completamente, cotadas de um a quatro. É composta por 10 itens, divididos em orientação positiva e negativa, que remetem

para a percepção que cada um tem de si, em termos de aceitação de si mesmo e das suas capacidades, ou seja, qual o valor que o sujeito atribui a si mesmo como pessoa (Anexo II). A pontuação total pode ir dos 10 aos 40 pontos, que se obtém tendo em conta as devidas inversões, e não foram encontradas diferenças entre o sexo masculino e feminino. Quanto maior a pontuação, maior a autoestima (323-325). O RSES é o instrumento mais utilizado em investigação em todo o mundo e aquele que mostra maior fiabilidade (326).

2.4.5. Inventário da raiva estado-traço. Este inventário (STAXI; 219) avalia vários componentes da raiva, que, segundo o autor do instrumento, se distinguem da hostilidade e da agressão por a raiva ser uma emoção primitiva enquanto a hostilidade possui uma componente cognitiva e a agressão ser uma expressão comportamental. Este inventário divide os componentes da raiva em: estado, traço e expressão. É composto por seis escalas e duas subescalas, o STAXI avalia a intensidade e frequência com que a raiva é vivenciada, expressada, reprimida ou controlada. Os pacientes são avaliados ao longo de 44 itens, através de uma escala de likert de quatro pontos, que vão desde 1 (de forma nenhuma/quase nunca), 2 (um pouco/algumas vezes), 3 (moderadamente/frequentemente) até 4 (muitíssimo/quase sempre) de acordo com as várias escalas (Anexo II). As escalas são: *estado* de raiva; *traço* de raiva (que inclui as subescalas de *temperamento* e *reação* de raiva); *raiva para dentro*; *raiva para fora*; *controlo* de raiva. Estas três últimas escalas formam o conjunto denominado de *expressão* de raiva, que se caracteriza pela direção para onde a raiva é canalizada (dentro ou fora) e pela capacidade de controlo da mesma.

O **estado de raiva** define-se como estado emocional variável em intensidade, que pode ir desde o aborrecimento até à fúria intensa, de acordo com a percepção que o sujeito tem de uma situação, que pode ser de frustração ou injustiça;

o **traço de raiva** relaciona-se com a cronicidade, a predisposição para vivenciar raiva perante situações sentidas como desagradáveis;

a subescala **temperamento de raiva** avalia a tendência para vivenciar raiva com pouca ou nenhuma provocação. A raiva é experienciada rapidamente e não se relaciona com situações específicas;

a subescala **reação de raiva** mede a tendência para reagir com raiva em situações como ameaçadoras para a sua autoestima, tais como, insultos, críticas ou quando sente que está a ser maltratado;

a raiva pode ser direcionada **para fora** quando se relaciona com a tendência, física ou verbal, para agredir outros ou o meio medindo a frequência com que o sujeito a expressa;

quando a raiva é direcionada **para dentro** relaciona-se com a frequência com que tende a suprimir ou aguentar a emoção da raiva e a substituí-la por culpa, quando zangados ou furiosos, por forma a evitar a sua vivência;

a **controlo da raiva** remete para a frequência com que tenta controlar ou prevenir a expressão agida da raiva, evitando perder o controlo originando manifestações explosivas de raiva;

a **expressão da raiva** é uma medida global de raiva e baseia-se nas escalas raiva para dentro, raiva para fora e controlo da raiva e mede a frequência com que a raiva é expressa, sem levar em conta a direção para onde é canalizada (219). O STAXI foi adaptado para a população portuguesa (213), revelando consistência interna (218).

2.4.6. Escala de sintomas gerais. A escala geral de sintomas (SCL-90; 327), validada para a população portuguesa (328) é uma escala de likert de cinco pontos, autoadministrada, composta por 90 itens, que avaliam a psicopatologia em termos de desajustamento emocional dividido em nove dimensões primárias de sintomas e três notas globais. As respostas refletem o grau com que cada sujeito experienciou cada problema apresentado durante o último mês até ao presente dia e vão desde o nunca, pouco, moderadamente, bastante e extremamente (Anexo II), com a cotação de zero a quatro respetivamente. Esta escala contempla dimensões de sintomas como a somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo e escalas adicionais que exploram o grau de apetite, perturbação do sono, pensamentos de morte e sentimentos de culpa.

A escala da **somatização** remete para o mal-estar sentido ao nível do funcionamento somático; a escala da **obsessão/compulsão** explora os sintomas que incluem pensamentos, obsessões (ideias parasitas), impulsos e ações (compulsões) persistentes a que o sujeito não consegue resistir;

a escala da **sensibilidade interpessoal** relaciona-se com sentimentos de inferioridade ou de inadequação pessoal, sobretudo na comparação com os outros;

a escala da **depressão** é constituída por todos os sintomas depressivos, entre os principais, humor depressivo, baixa do interesse, prazer e energia vital, tristeza, sentimento

de vazio, insónia ou hipersónia, aumento ou falta de apetite, agitação ou inibição psicomotora, sentimentos de desvalorização e culpa excessiva;

a escala da **ansiedade** incide nos sintomas que compõem as perturbações da ansiedade, onde as situações são evitadas ou enfrentadas com mal-estar e embaraço;

a escala da **hostilidade** relaciona-se com pensamentos, sentimentos e atos característicos do estado afetivo da cólera;

a escala da **ansiedade fóbica** caracteriza-se pelos sintomas de medo, receio acentuado, com intensa ansiedade e mal-estar, que é excessivo ou irracional em relação a situações específicas ou determinados objetos;

a escala da **ideação paranoide** inclui pensamento marcadamente perturbado, afeto desadequado, hostilidade, suspeição, medo de perda de autonomia, preocupação com ideias delirantes, alucinações e pensamento projetivo;

a escala do **psicoticismo** abrange sintomas desde o isolamento interpessoal, estilo de vida esquizoide até aos sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e emissão do pensamento;

e o **IGS** que representa um índice geral de sintomas e a média dos valores obtidos em todas as escalas desta prova.

A instrução dada é a seguinte: “Encontra em baixo uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma aquele que melhor descreve o grau com que cada problema o afetou durante os últimos anos incluindo o dia de hoje. Para cada problema ou sintoma marque somente uma cruz (X). Não deixe nenhuma pergunta por responder”.

Esta escala tem a vantagem de avaliar um número mais elevado de sintomas, no entanto e como consequência, um tempo de preenchimento mais prolongado (327).

A aferição portuguesa mostrou que a SCL-90 apresentava consistência interna e fidelidade no teste-reteste, bem como, nível de invariância para todas as escalas clínicas, no que se refere ao sexo. Na determinação da sua confiança todos os coeficientes nas diversas dimensões foram bastante satisfatórios (327).

2.5. Procedimento

Na realização deste estudo, e após autorização das instituições e respetivas comissões de ética, foi necessário contactar os psiquiatras e psicólogos do serviço de psiquiatria (hospital de dia e consulta externa) para lhes dar a conhecer o objetivo do estudo e pedir a sua colaboração no sentido de sinalizarem os pacientes com critérios para PB e que correspondessem ao perfil pretendido em termos de critérios de inclusão e de exclusão.

Ao se disponibilizarem, explicavam aos pacientes a existência de uma investigação em curso acerca do modo de agir e pensar, e caso se disponibilizassem, informavam a investigadora, que seguidamente, entraria em contacto com os pacientes para lhes explicar detalhadamente o objetivo do estudo e o que se pretendia, e obter o seu consentimento informado. Neste documento constava toda a informação necessária acerca da investigação, quer em termos dos objetivos, confidencialidade dos dados pessoais, destino dos dados, ausência de qualquer tipo de consequências ou riscos para estes, e descrição da colaboração necessária, incluindo o tempo necessário para a entrevista e avaliação, para que pudessem de livre escolha, decidir acerca da sua participação e darem o seu consentimento através de assinatura (Anexo III).

Seguia-se a recolha dos dados pela investigadora, através da realização da avaliação e da entrevista semiestruturada para o diagnóstico das perturbações da personalidade. Eram, então, conduzidos, individualmente, a um gabinete de consulta onde preenchiam, na presença da investigadora, os questionários de autopreenchimento utilizados na investigação, o questionário SCID-II-PQ, a escala de impulsividade BIS-11, o inventário STAXI, a escala RSES e a escala de sintomas SCL-90, sempre por esta ordem, para todos os pacientes. Após a avaliação, era feita a entrevista com base nas respostas afirmativas do SCID-II-PQ. Nalguns casos, a entrevista foi combinada para outro dia devido à disponibilidade dos pacientes.

Os pacientes que assinalavam o item 98 do SCID-II-PQ (comportamentos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento auto mutilante) foram entrevistados com uma entrevista exploratória adicional, semiestruturada, para recolha de informação pertinente relacionada com o CAL (Anexo II). Sendo uma entrevista focada nas autolesões, não poderia ser realizada aos pacientes sem episódios autolesivos. De seguida continuava-se a restante entrevista SCID-II.

No preenchimento dos questionários, foi sugerido aos pacientes que não colocassem o seu nome ou que optassem por um nome falso, por questões de confidencialidade. Os protocolos foram identificados por um número de entrada na base de dados para cada

paciente, e ficaram sempre na posse da investigadora. No final de cada avaliação eram apresentados os agradecimentos pela colaboração prestada.

Os grupos foram formados de acordo com a presença ou ausência de autolesões assinaladas pelos pacientes no item 98 no questionário SCID-II-PQ e entrevista adicional, onde forneceram informação sobre este comportamento. Neste estudo, por autolesões foram definidas todas as lesões infligidas no próprio, sem ideação suicida ou prazer sexual, ao ponto de causar ferimentos superficiais, nomeadamente, os cortes, as queimaduras, o arranhar ou bater em si próprio, e com características de um ato impulsivo (173), já descrito no ponto 2.3.1. (pág.76).

Assim, o grupo de pacientes com PB e autolesões foi denominado de BCA (Borderline Com Autolesões) e aquele, cujos pacientes não reportaram qualquer tipo de autolesões, cortes, queimaduras ou outras, foi denominado de BSA (Borderline Sem Autolesões).

Dado que o objetivo era comparar pacientes com a mesma patologia da personalidade perante a ausência ou presença de comportamento autolesivo, não foi constituído um grupo de controlo com sujeitos com outra patologia ou normais pois isso seria perder o foco desta investigação.

Um colaborador da área da estatística efetuou a análise estatística da investigação. Após a entrega dos resultados, a investigadora procedeu à sua análise e discussão.

2.6. Análise Estatística

A análise estatística foi organizada em três fases. Nas duas primeiras fases recorreu-se ao programa SPSS versão 22.

Na primeira fase, o objetivo consistiu na caracterização da amostra e dos grupos BSA e BCA, e pela análise descritiva das variáveis em estudo.

A segunda fase consistiu na análise das médias entre os grupos, visando as diferenças significativas. A normalidade dos dados foi testada através do teste Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors e teste Shapiro-Wilks, enquanto a homogeneidade foi testada através do teste Levene. O ajustamento para múltiplas comparações foi realizado através do teste Bonferroni. Quando os dados seguiam uma distribuição normal e se mostravam homogéneos (válidos) utilizou-se o teste t-Student, e na ausência de validade utilizou-se o teste Mann-Whitney. Foi ainda realizada a análise de correlação através do teste de

Correlação de Pearson para testar possíveis associações entre as variáveis em estudo (impulsividade, raiva e autoestima).

A terceira fase incluiu a análise dos modelos, através de análises de regressão, que permitiram descrever a relação entre as variáveis e possibilitou a predição de valores que refletiam a influência das variáveis em estudo, nomeadamente, no comportamento autolesivo. Nesta última fase recorreu-se ao software Amos, um módulo do SPSS Statistics porque este permite analisar, nas dimensões e sub dimensões das variáveis, quais as componentes que têm maior impacto dentro de cada grupo (BSA e BCA). Este permite uma estimação direta e avalia o ajustamento global do modelo aos dados. Foi considerado um nível de significância de 5%.

Nos modelos, a impulsividade foi avaliada através do valor total das três subescalas que constituem o BIS-11, a que se deu o nome de BIS Total.

O STAXI sendo constituído por algumas escalas que são obtidas através de outras escalas e/ou subescalas, é de esperar que apresentem associações lineares fortes entre elas, quando estas ocupam a posição de variáveis independentes. Por este motivo, sempre que existia multicolinearidade, não foi possível incluir todas as escalas desta prova.

A colinearidade e a multicolinearidade indicam a existência de uma correlação forte entre duas ou mais variáveis independentes e traduz-se num problema no ajuste dos modelos e que pode interferir na estimativa dos parâmetros. Por este motivo, foi necessário avaliar a sua existência (329).

A multicolinearidade foi avaliada com a estatística VIF (Variance Inflation Factors). Esta mede a correlação entre as variáveis independentes e é uma análise de diagnóstico. A leitura é efetuada também pelo indicador *Tolerância*. Assim, o modelo apresentará problemas de colinearidade ou multicolinearidade se os valores da *Tolerância* forem inferiores a 0.1 e se o VIF for superior a 10 (330).

3. RESULTADOS

A presente investigação é de carácter quantitativo, isto é, está intensamente ligada aos estudos experimentais e ao teste de hipóteses. Segundo Davis (331) esta abordagem quando é empregue, aparece como uma perspetiva, através da qual, o comportamento humano e as suas causas podem ser especificados de maneira concreta. A perspetiva procura elaborar as leis gerais que determinam o comportamento humano (311) que normalmente privilegia o uso do questionário, sendo a única técnica utilizada.

Neste capítulo irão ser apresentados os resultados obtidos através da análise dos dados.

Numa primeira fase são apresentados os dados relativos à caracterização da amostra, seguidos pela análise descritiva das variáveis. Numa segunda fase são apresentados os resultados da análise das médias entre os grupos BSA e BCA. Finalmente, será apresentada a análise estatística dos modelos acerca do efeito das variáveis em estudo, em cada grupo, permitindo a sua comparação, e a análise destas variáveis como fatores de risco para o CAL no grupo BCA. Neste capítulo, ainda, serão apresentadas tabelas com os dados da análise.

Toda a análise estatística desta investigação foi realizada por um profissional neutro à investigação.

3.1 Caracterização da amostra

Sexo

A população é constituída por 41 pacientes tendo sido selecionados a partir de uma amostragem não-aleatória por conveniência. Como se pode observar na Tabela 2, dos 41 participantes do estudo, nove (22%) são do género masculino, 32 (78%) são do género feminino.

Tabela 2. Frequência relativa e absoluta do gênero na amostra e grupos BSA e BCA

	Amostra (n=41)	BSA (n=23)	BCA (n=18)
	n (%)		
Gênero			
Feminino	32 (78.0)	16 (69.6)	16 (88.9)
Masculino	9 (22.0)	7 (30.4)	2 (11.1)

Ambos os grupos são constituídos maioritariamente por pacientes do gênero feminino. A análise da Tabela 2 sugere uma pequena diferença entre a frequência de cada gênero, em ambos os grupos.

Idade

Relativamente à idade dos indivíduos, observa-se na Tabela 3 que a amostra total é constituída por pacientes com idades compreendidas entre 19 e 49 anos.

Tabela 3. Medidas de dispersão para a idade na amostra total, BSA e BCA

	min	máx	média	P₂₅	P₅₀	P₇₅	Desvio-padrão
Idade							
Amostra (n=41)	19	49	34.34	29	34	40	7.98
BSA (n=23)	24	49	36.52	31	38	43	7.40
BCA (n=18)	19	49	31.56	26	30	38	8.03

No grupo BSA, 50% dos pacientes tem idades compreendidas entre 31 e 38 anos. Já no grupo BCA, 50% dos pacientes tem idades compreendidas entre 26 e 30 anos. O grupo BCA mostra ser, em média, constituído por indivíduos mais novos.

Escolaridade

Relativamente à escolaridade dos pacientes, observa-se na Tabela 4 que no grupo BCA não se verificou a existência de pacientes com apenas o segundo ciclo.

Tabela 4. Frequência absoluta e relativa da escolaridade na amostra total e grupos BSA e BCA

	Amostra (n=41)	BSA (n=23)	BCA (n=18)
	n (%)		
Escolaridade			
Ensino Básico ^a	11 (26.8)	5 (21.7)	6 (33.3)
1º ciclo	3 (7.3)	1 (4.3)	2 (11.1)
2º ciclo	1 (2.4)	1 (4.3)	0
3º ciclo	7 (17.1)	3 (13.0)	4 (22.2)
Ensino Secundário ^b	16 (39.0)	10 (43.5)	6 (33.3)
Ensino Superior ^c	14 (34.1)	8 (34.8)	6 (33.3)

Nota. ^a Ensino básico: 1º ciclo (1º ao 4º ano); 2º ciclo (5º e 6º ano); 3º ciclo (7º, 8º e 9º ano)

^b 10º, 11º e 12º ano; ^c Licenciatura, frequência ou superior.

No grupo BCA, os pacientes estão distribuídos de forma equitativa por nível de ensino, correspondendo a seis (33,3%) pacientes por cada um deles. Ao contrário do que se observa no grupo BCA, o grupo BSA não está distribuído de forma equitativa, observando-se maior frequência de indivíduos que possuem o ensino secundário relativamente aos outros níveis de ensino. Comparativamente, no grupo BSA 78% dos pacientes situa-se entre o ensino secundário e o ensino superior, enquanto no grupo BCA 66,6% dos pacientes é que se situam neste intervalo de escolaridade.

Intervenção clínica

Na Tabela 5 observa-se que em ambos os grupos, a maior parte dos pacientes têm algum tipo de apoio clínico, seja através de psicoterapia, medicação ou ambas (Intervenção total).

Também se observa que metade dos pacientes do grupo BCA têm apoio psicológico e psiquiátrico simultaneamente (Ambas), enquanto metade dos pacientes do grupo BSA têm apenas apoio psiquiátrico (Só medicação). Ambos os grupos têm uma pequena percentagem de pacientes que não reportaram qualquer tipo de apoio na altura da recolha dos dados (Nenhuma).

Tabela 5. Frequência absoluta e relativa da intervenção clínica nos grupos BSA e BCA

	BSA (n=23)	BCA (n=18)
	N (%)	
Só psicoterapia	5 (21.7)	1 (5.5)
Só medicação	12 (52.2)	5 (27.8)
Ter ambas	2 (8.7)	9 (50)
Nenhuma	4 (17.4)	3 (16.7)
Psicoterapia total	7 (30.4)	10 (55.5)
Medicação total	14 (60.9)	14 (87.8)
Intervenção total	19 (82.6)	15 (83.3)

Também se observa que a maior percentagem de pacientes medicados (Medicação total) faz parte do grupo BCA.

Os pacientes do grupo BCA têm a maior parte da intervenção clínica distribuída maioritariamente pela combinação de apoio psiquiátrico com psicoterapia (Ambas), seguida de apoio psiquiátrico apenas (Só medicação). Enquanto nos pacientes do grupo BSA o apoio psiquiátrico (Só medicação) é maioritário seguido de psicoterapia apenas (Só psicoterapia).

Autoagressão

Através da análise da Tabela 6 observa-se que a maioria dos pacientes da amostra (85,4%) apresentou comportamento autoagressivo.

Tabela 6. Frequência absoluta e relativa da autoagressão para a amostra total e grupos BSA e BCA

		Amostra (n=41)	BSA (n=23)	BCA (n=18)
		N (%)		
Tentativas de suicídio	Sim	32 (78.0)	17 (73.9)	15 (83.3)
	Não	9 (22.0)	6 (26.1)	3 (16.7)
Autolesão	Sim	18 (43.9)	0 (0)	18 (100.0)
	Não	23 (56.1)	23 (100)	0 (0)
Só tentativas de suicídio		17 (41.5)		
Apenas autolesão		3 (7.3)		
Ambos os comportamentos autoagressivos		15 (36.6)		
Nenhuma autoagressão		6 (14.6)		
Autoagressão total		35 (85.4)		

Na amostra, apenas nove (22%) pacientes reportaram a ausência de comportamento suicidário, três reportaram apenas autolesões (7,3%) e seis (14,6%) não reportaram comportamento autoagressivo.

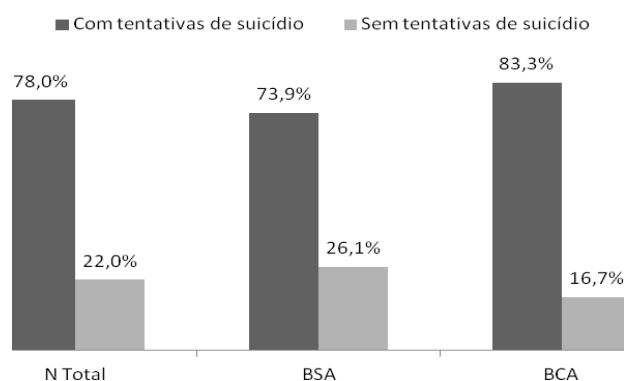


Gráfico 1. Frequência relativa de tentativas de suicídio para a amostra total e grupos BSA e BCA

Através da observação do Gráfico 1, pode constatar-se que as tentativas de suicídio representam um comportamento frequentemente encontrado quer na amostra total quer em ambos os grupos de pacientes, sugerindo que os grupos são homogêneos neste fator.

Tabela 7. Frequência absoluta dos motivos e fatores precipitantes identificados pelos pacientes para a ocorrência de autolesões

Precipitantes		Motivos	
n (%)		n (%)	
Raiva	4	Raiva	7
Medo	1	Medo	2
Tristeza	2	Desespero	3
Culpa	1	Culpa	1
Discussões	4	Libertar raiva	2
Vazio	3	Purificação	2
Sentir que não presta	1	Castigo	2
Ruminação	1	Evitar pensar no suicídio	1
Indiferença dos outros	1	Não sabe	2
Não poder bater nos outros	1		
Não sabe	1		

Na tabela 7 observa-se que os fatores precipitantes mais frequentemente identificados são a raiva e as discussões.

A raiva e o desespero são os motivos para a ocorrência de autolesões mais frequentes nestes pacientes.

Tabela 8. Frequência das autolesões nos últimos dois anos

BCA (n=18)	min	máx	média	Desvio-padrão
Frequência das Autolesões	5	10	7.50	1.689

Relativamente à frequência do comportamento autolesivo (Tabela 7), os pacientes (100%) que constituem o grupo BCA, apresentam uma média de 7.5 ($S^2 = 1.689$) autolesões nos últimos dois anos.

Crítérios da Perturbação da PB

Os critérios de diagnóstico representam os parâmetros nos quais o diagnóstico da perturbação da PB, através do DSM, foi realizado. Relativamente a estes critérios, apresentados na Tabela 9, observa-se no Gráfico 2, que todos os pacientes de ambos os grupos apresentaram o critério sete (*Sentimento crónico de vazio*) (100%), sendo este, o único critério partilhado por todos os pacientes da amostra deste estudo.

Tabela 9. Critérios da perturbação da personalidade Borderline

Critério 1	Esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginário
Critério 2	Padrão de relações interpessoais intensas e instáveis
Critério 3	Perturbação da identidade
Critério 4	Impulsividade, excluindo comportamento auto mutilante ou suicida
Critério 5	Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou de comportamento auto mutilante
Critério 6	Instabilidade afetiva por reatividade de humor marcada
Critério 7	Sentimento crónico de vazio
Critério 8	Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades em controlá-la
Critério 9	Ideação paranoide transitória reativa ao stress ou sintomas dissociativos graves

Fonte: DSM-IV-TR (4, p. 672)

Tanto no grupo BSA como no grupo BCA, os critérios mais frequentes foram os critérios de dois a oito, e os menos frequentes foram os critérios um e nove.

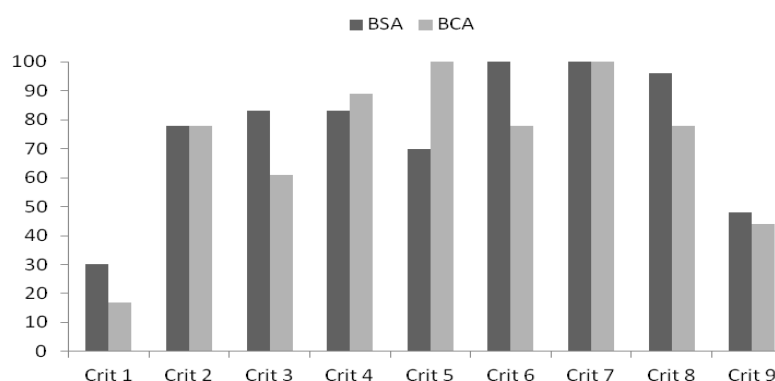


Gráfico 2. Frequência relativa dos critérios da perturbação de personalidade Borderline nos grupos BSA e BCA

Pela observação do Gráfico 2 e análise da Tabela 10, os grupos BSA e BCA mostram frequências diferentes em todos os critérios à exceção do critério dois e sete, que estão representados de forma equitativa em ambos os grupos.

Observa-se, ainda, que nos pacientes do grupo BCA o critério cinco mostrou ser o mais frequente, seguido do critério sete e quatro.

Observa-se que nos pacientes do grupo BSA o critério seis e sete são os mais frequentes, seguidos do critério oito.

A análise Gráfico 2 mostra que os nove critérios estão presentes em ambos os grupos. No entanto, o grupo BSA mostra maior frequência num maior número de critérios (em cinco critérios: critérios 1, 3, 6, 8 e 9) face ao grupo BCA que mostra maior frequência em apenas dois critérios de diagnóstico borderline (critérios 4 e 5).

Tabela 10. Frequência relativa dos critérios de diagnóstico para a personalidade Borderline nos grupos BSA e BCA

	Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4		Critério 5		Critério 6		Critério 7		Critério 8		Critério 9	
	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
BSA	30%	7	78%	18	83%	19	83%	19	70%	16	100%	23	100%	23	96%	22	48%	11
BCA	17%	3	78%	14	61%	11	89%	16	100%	18	78%	14	100%	18	78%	14	44%	8

Gravidade do Diagnóstico

Tendo em conta que a literatura refere que o número de critérios borderline poderá influenciar o prognóstico da patologia borderline (39,40,41,42), sugerindo que a gravidade poderá aumentar ou diminuir de acordo com o número de critérios existentes, decidiu-se incluir uma variável, denominada de gravidade do diagnóstico, para avaliar os grupos BSA e BCA.

Assim, a gravidade do diagnóstico é uma variável construída a partir do número de critérios, necessários para o diagnóstico de perturbação de PB, presentes em cada paciente. Desta forma, quanto maior o número de critérios de perturbação de PB presentes, mais grave poderá ser o seu diagnóstico. Esta variável pode tomar valores entre cinco e nove (que correspondem ao número mínimo e máximo de critérios necessários para o diagnóstico desta perturbação da personalidade).

No grupo BSA, os pacientes foram diagnosticados com cinco a nove critérios para o diagnóstico borderline (Tabela 11 e Gráfico 3). O mais frequente neste grupo é o diagnóstico de perturbação da personalidade, baseado em sete critérios, realizado a oito (34,8%) pacientes deste grupo, seguido de seis critérios (21,7%) a cinco pacientes, o que representam mais de metade dos pacientes do grupo BSA (56,5%). O menos frequente foi o diagnóstico, baseado em oito critérios, realizado em apenas dois pacientes (8,7%) deste

grupo, enquanto quatro (14,4%) foram diagnosticados com nove critérios para o diagnóstico de PB.

Tabela 11. Frequência absoluta e relativa do número de critérios para o diagnóstico Borderline

Número de critérios diagnósticos	BSA (%)	BCA (%)
5	4 (17.4)	4 (22.2)
6	5 (21.7)	4 (22.2)
7	8 (34.8)	5 (27.8)
8	2 (8.7)	5 (27.8)
9	4 (17.4)	0 (0)
Total	23 (100.0)	18 (100.0)

No grupo BCA, os pacientes foram diagnosticados com cinco a oito critérios para o diagnóstico de perturbação da PB. O mais frequente, neste grupo, é o diagnóstico de perturbação da personalidade, baseado em sete (27,8%) e oito critérios (27,8%), realizado a cinco pacientes respetivamente, representando mais de metade do grupo BCA (55,6%). O menos frequente, corresponde ao recurso a cinco (22,2%) e seis critérios (22,2%) para o diagnóstico de PB, diagnosticados a quatro pacientes cada e representando o restante grupo (44,4%).

Observa-se, também, a ausência de nove critérios para o diagnóstico de PB no grupo BCA. A análise do Gráfico 3, mostra que os pacientes deste grupo estão distribuídos, pelo número de critérios, de forma mais harmoniosa.

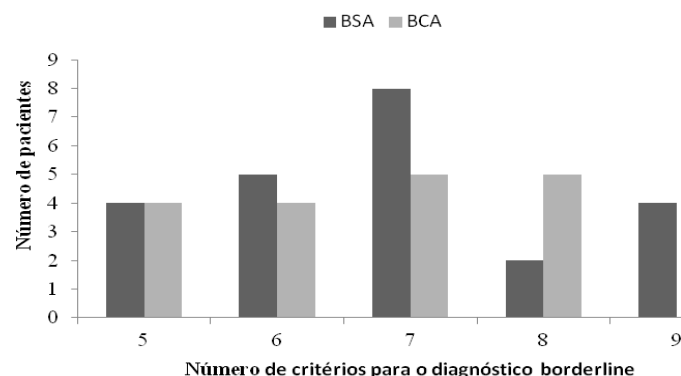


Gráfico 3. Número de critérios diagnósticos distribuídos pelos pacientes de cada grupo

Comorbilidades do eixo II

Relativamente às comorbilidades com outras perturbações da personalidade, não se observou a presença da perturbação da personalidade Esquizotípica (Tabela 12).

Tabela 12. Frequência relativa de comorbilidades para os grupos BSA e BCA

	Depen- dente		Passivo- Agressiva		Evitante		Depressiv a		Paranoide		Esquizo- típica		Esqui- zóide		Narcísica	
	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
BSA	4%	1	13%	3	35%	8	43%	10	43%	10	0%	0	4%	1	9%	2
BCA	6%	1	11%	2	44%	8	72%	13	33%	6	0%	0	17%	3	11%	2

Através do Gráfico 4 observa-se que a perturbação da personalidade que mais frequentemente se encontra no grupo BCA é a perturbação da personalidade depressiva, mostrando que mais de metade destes pacientes (72%) apresenta esta comorbilidade com a PB, seguida da personalidade evitante e paranoide.

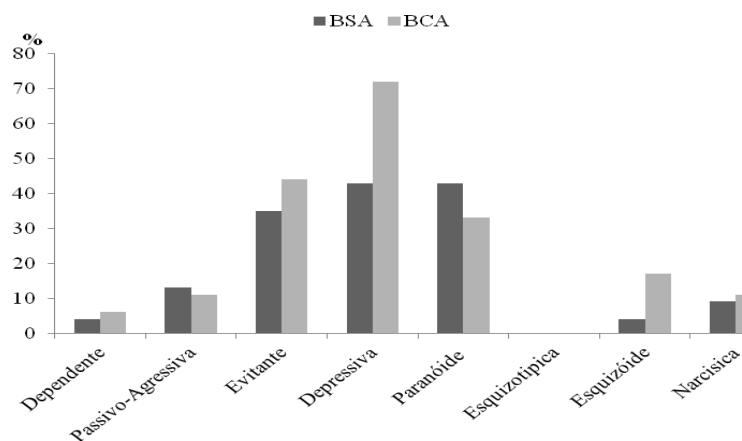


Gráfico 4. Frequência relativa de comorbilidades para os grupos BSA e BCA

O grupo BSA mostrou que o seu diagnóstico de PB está mais frequentemente associado à comorbilidade de personalidade depressiva e paranoide (Tabela 12 e Gráfico 4).

Critérios das perturbações da personalidade

Personalidade Depressiva

Uma vez que a personalidade depressiva é a que mais frequentemente se encontra no grupo BCA, apresentam-se os dados referentes aos seus critérios de diagnóstico, listados na Tabela 13.

Tabela 13. Critérios da perturbação da personalidade depressiva mais frequentes

Critério 1	Humor habitual dominado por sentimentos de abatimento, tristeza, desânimo, desilusão ou infelicidade
Critério 2	Têm crenças de inadequação, menos valia e baixa autoestima
Critério 3	Crítica-se, culpa-se e desvaloriza-se
Critério 4	É meditabundo e excessivamente preocupado com tudo
Critério 5	Contradiz, critica e julga os outros
Critério 6	Mostra-se pessimista
Critério 7	Tendência para sentir-se culpado ou com remorsos

Fonte: DSM-IV-TR (4, p.751)

Através dos dados, observa-se que todos os critérios depressivos estão presentes em ambos os grupos. À exceção do critério um, todos estão mais frequentemente representados no grupo BCA (Tabela 14 e Gráfico 5).

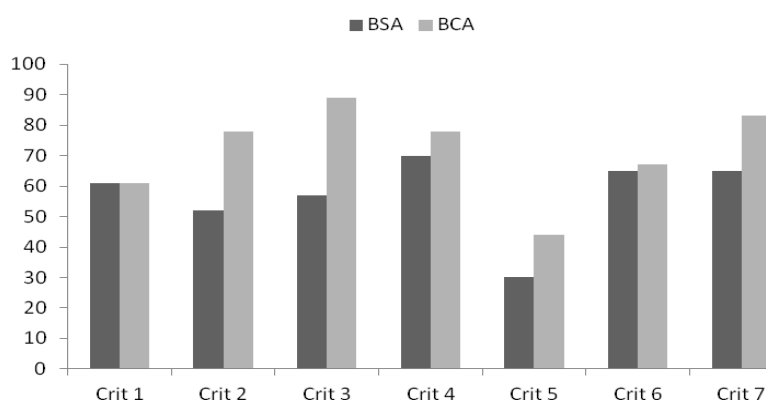


Gráfico 5. Frequência relativa dos critérios da perturbação de personalidade depressiva nos grupos BSA e BCA

Pode observar-se que o critério cinco (*contradiz, critica e julga os outros*) mostrou ser o menos frequente em ambos os grupos.

Relativamente aos restantes critérios, podemos observar que os mais frequentemente encontrados no grupo BCA foram os critérios dois, três, quatro e sete. Estes mostram que a maior parte dos pacientes do grupo BCA critica-se, desvaloriza-se e culpabiliza-se (Critério 3), tende a sentir-se culpados ou com remorsos (critério sete), têm crenças de inadequação, menos valia e baixa autoestima (critério dois), e são meditabundos e excessivamente preocupados com tudo (critério quatro).

Tabela 14. Frequência relativa dos critérios da perturbação da personalidade depressiva para os grupos BSA e BCA

	Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4		Critério 5		Critério 6		Critério 7	
	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
BSA	61%	14	52%	12	57%	13	70%	16	30%	7	65%	15	65%	15
BCA	61%	11	78%	14	89%	16	78%	14	44%	8	67%	12	83%	15

Também se observa que o critério quatro é frequente no grupo BSA. A maior parte dos pacientes, em ambos os grupos, é meditabunda e excessivamente preocupada com tudo.

Relativamente à frequência dos critérios depressivos (Tabela 15), todos os pacientes que constituem o grupo BSA, apresentam critérios depressivos no seu diagnóstico, com uma média de quatro ($S^2 = 1.7056$) critérios depressivos. No grupo BCA, apenas um paciente não apresentou critérios depressivos. A média foi de cinco ($S^2 = 1.8471$) critérios depressivos no seu diagnóstico.

Tabela 15. Frequência absoluta e relativa do número de critérios de personalidade depressiva

Número de critérios depressivos	BSA (%)	BCA (%)
0	0 (0.0)	1 (5.6)
1	3 (13.0)	0 (0.0)
2	1 (4.3)	0 (0.0)
3	5 (21.7)	3 (16.7)
4	4 (17.4)	1 (5.6)
5	4 (17.4)	5 (27.8)
6	6 (26.1)	4 (22.2)
7	0 (0.0)	4 (22.2)
Total	23 (100.0)	18 (100.0)

Observa-se que no grupo BSA, os pacientes estão distribuídos entre um critério e um conjunto de seis critérios, enquanto no grupo BCA, os pacientes estão distribuídos entre um conjunto de três e sete critérios depressivos.

Personalidade Paranoide

Uma vez que a personalidade paranoide frequentemente se encontra em ambos os grupos, apresentam-se os dados referentes aos seus critérios de diagnóstico, listados na Tabela 16.

Tabela 16. Critérios da perturbação da personalidade paranoide mais frequentes

Critério 1	Suspeita, sem bases suficientes, de que os outros se aproveitam deles, os prejudicam ou enganam
Critério 2	Preocupação com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou confiança de amigos ou colegas
Critério 3	Relutância em confiar nos outros por medo injustificado de que a informação seja maliciosamente usada contra si
Critério 4	Interpreta acontecimentos e relatos benignos como tendo segundas intenções ou ameaças
Critério 5	Persistência em guardar ressentimentos
Critério 6	Percepção de ataques ao seu carácter e reputação, não aparentes para os outros, aos quais reage rapidamente com raiva, contra-atacando
Critério 7	Suspeição recorrente, sem justificação em relação à fidelidade do cônjuge/ parceiro sexual

Fonte: DSM-IV-TR (4, p. 656)

Relativamente aos critérios de diagnóstico para a personalidade paranoide observa-se no Gráfico 6 que todos os critérios estão presentes em ambos os grupos.

No grupo BCA os pacientes apresentam com maior frequência a “suspeição recorrente, sem justificação em relação à fidelidade do cônjuge/parceiro sexual” (critério 7), tal como a “perceção de ataques ao seu carácter e reputação, não aparentes para os outros, aos quais reage rapidamente com raiva, contra-atacando” (critério 6). Este último critério também se apresentou como um dos mais frequentes no grupo BSA, juntamente com a “relutância em confiar nos outros por medo injustificado de que a informação seja maliciosamente usada contra si” (critério 3).

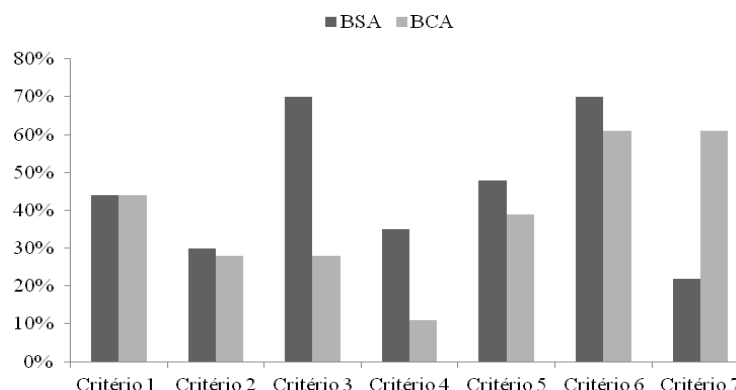


Gráfico 6. Frequência relativa dos critérios da perturbação de personalidade paranoide nos grupos BSA e BCA

Com a menor frequência encontra-se a “interpretação de acontecimentos e relatos benignos como tendo segundas intenções ou ameaças” (critério 4) por parte dos pacientes do grupo BCA.

À exceção do critério um e do critério sete, todos os outros estão menos frequentemente associados àqueles que se autolesionam (BCA).

Os valores referentes aos dados encontram-se na Tabela 17.

Tabela 17. Frequência relativa dos critérios da perturbação da personalidade paranoide para os grupos BSA e BCA

	critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4		Critério 5		Critério 6		Critério 7	
	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
BSA	44%	10	30%	7	70%	16	35%	8	48%	11	70%	16	22%	5
BCA	44%	8	28%	5	28%	5	11%	2	39%	7	61%	11	61%	11

Personalidade Evitante

Uma vez que a personalidade evitante frequentemente se encontra em ambos os grupos, apresentam-se os dados referentes aos seus critérios de diagnóstico, listados na Tabela 18.

Tabela 18. Critérios da perturbação da personalidade evitante mais frequentes

Critério 1	Evitamento de atividades ocupacionais que envolvam contactos interpessoais por medo de críticas, desaprovação ou rejeição.
Critério 2	Pouca determinação no envolvimento interpessoal, exceto se tiver a certeza de ser apreciado.
Critério 3	Reserva nas relações próximas por medo do ridículo ou de ser envergonhado.
Critério 4	Preocupações em ser criticado ou rejeitado em situações sociais.
Critério 5	Inibição em situações interpessoais novas devido a sentimentos de ineficácia.
Critério 6	Autoanálise como socialmente inapto, sem encanto pessoal ou inferior aos outros.
Critério 7	Relutância em assumir riscos pessoais ou a envolver-se em novas atividades por poderem vir a ser embaraçosas.

Fonte: DSM-IV-TR (4, p. 683)

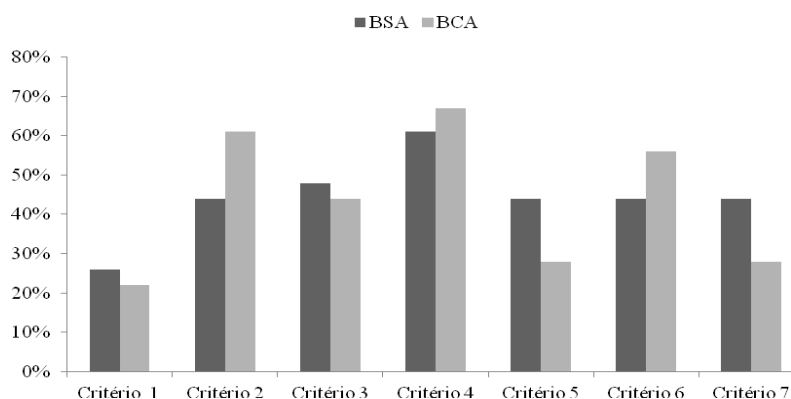


Gráfico 7. Frequência relativa dos critérios da perturbação de personalidade evitante nos grupos BSA e BCA

Relativamente aos critérios de diagnóstico para a personalidade evitante, observa-se, no Gráfico 7, que todos os critérios estão presentes em ambos os grupos.

No grupo BCA a “Preocupação em ser criticado ou rejeitado em situações sociais” (critério 4), a “pouca determinação no envolvimento interpessoal, exceto se tiver a certeza de ser apreciado” (critério 2) e a “autoanálise como socialmente inapto, sem encanto pessoal ou inferior aos outros” (critério 6) são os critérios mais frequentes nestes pacientes.

No grupo BSA, para além dos critérios dois e quatro, a “reserva nas relações próximas por medo do ridículo ou de ser envergonhado” (critério 3) foram os mais frequentes nestes pacientes.

Na Tabela 19 observa-se que o critério quatro é o mais frequentemente encontrado em ambos os grupos.

Tabela 19. Frequência relativa dos critérios da perturbação da personalidade evitante para os grupos BSA e BCA

	Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4		Critério 5		Critério6		Critério7	
	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
BSA	26%	6	44%	10	48%	11	61%	14	44%	10	44%	10	44%	10
BCA	22%	4	61%	11	44%	8	67%	12	28%	5	56%	10	28%	5

As tabelas relativas às perturbações da personalidade dependente, passivo-agressiva, esquizotípica, esquizoide histriónica e narcísica, segundo o DSM-IV-TR, estão representadas em anexo (Anexo IV).

3.2. Análise descritiva

Seguidamente serão apresentados os resultados obtidos na análise descritiva das várias provas, nomeadamente, ao nível da impulsividade (BIS-11), autoestima (RSES), raiva (STAXI) e dos sintomas psicopatológicos (SCL90).

Comportamento autoagressivo

Através da Tabela 20, constata-se que, na amostra total, o comportamento suicidário, e este concomitantemente com a presença de AL, mostram valores médios semelhantes na impulsividade.

Tabela 20. Comportamento autoagressivo na amostra total

Tentativas de suicídio				Tentativas de suicídio com autolesões		
	Média	Desvio-padrão	N	Média	Desvio-padrão	N
Impulsividade						
Não planeamento	28.82	5.95	17	29.20	6.42	15
Motora	25.65	4.32	17	25.73	4.77	15
Cognitiva	18.53	4.12	17	18.00	3.02	15
Total	73.00	9.30	17	73.13	11.69	15
Raiva						
Estado	50.55	2.25	17	51.17	2.42	15
Traço	58.65	9.79	17	58.67	11.50	15
Temperamento	58.20	9.92	17	57.72	12.22	15
Reação	56.04	10.55	17	59.30	14.84	15
Para dentro	54.59	7.95	17	56.42	9.05	15
Para fora	51.31	9.54	17	44.62	8.62	15
Controlo	40.19	6.28	17	46.45	11.77	15
Expressão	64.51	8.71	17	60.16	9.83	15

Ao nível das dimensões da raiva, observa-se que os pacientes com apenas tentativas de suicídio na sua história, tendencialmente expressam mais a raiva, exteriorizando-a, enquanto os pacientes com tentativas de suicídio e autolesões, tendencialmente e com mais frequência, reagem com raiva, tentam suprimir a vivência da raiva e tentam controlar a sua expressão.

Impulsividade (BIS-11)

Os dados relativos às médias das escalas da impulsividade encontram-se, resumidamente, descritos na Tabela 21.

Tabela 21. Médias do BIS-11 para os grupos BSA e BCA

BIS-11 - Impulsividade	BSA		BCA	
	Média	Dp	Média	Dp
Não planeamento	28.22	5.34	28.83	6.14
Impulsividade Motora	24.48	4.75	25.00	5.34
Impulsividade Cognitiva	18.09	3.75	17.89	2.89
Impulsividade Total	70.78	9.11	71.89	11.85

Através da leitura da Tabela 21 e observação do Gráfico 8, constata-se que no grupo BCA os valores médios são mais elevados na escala do não planeamento, impulsividade motora e impulsividade total. O grupo BSA apresentou maior valor médio na impulsividade cognitiva.

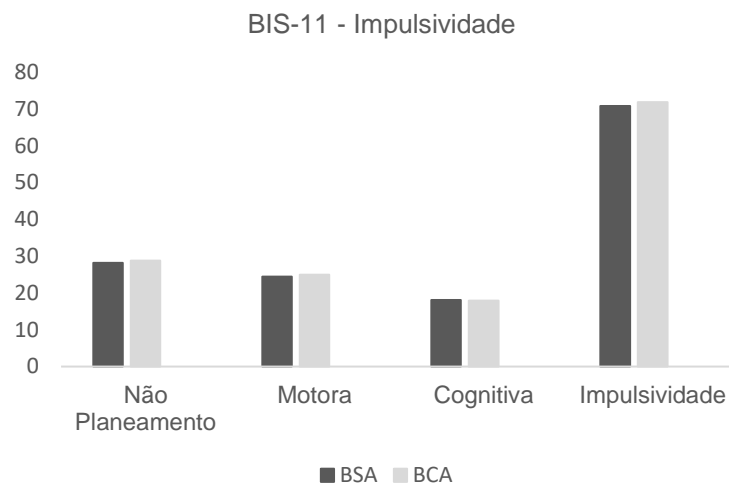


Gráfico 8. Valores médios de impulsividade para os grupos BSA e BCA

Autoestima (RSES)

As médias relativas à Autoestima encontram-se no Gráfico 9.

Através da leitura do Gráfico 9, observa-se que o grupo BSA detém o valor médio mais alto para a autoestima.

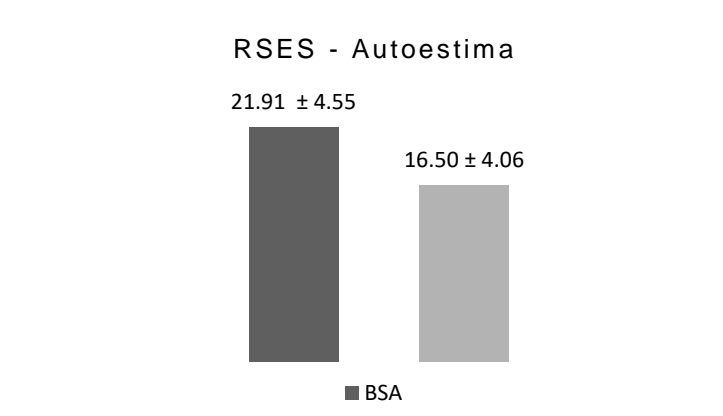


Gráfico 9. Valores médios da autoestima para os grupos BSA e BCA

Raiva (STAXI)

Os dados relativos às médias obtidas nas escalas da raiva encontram-se descritos na Tabela 22.

Tabela 22. Médias do STAXI para BSA e BCA

STAXI-Raiva	BSA		BCA	
	Média	Dp	Média	Dp
Estado	10.78	1.00	11.33	1.88
Traço	25.43	5.99	25.11	6.58
Temperamento	9.87	2.82	9.39	3.33
Reação	11.22	2.91	11.33	2.91
Raiva-Dentro	18.61	4.07	19.56	3.87
Raiva-Fora	19.43	4.28	18.06	4.94
Controlo	15.35	4.30	17.56	6.29
Expressão	38.48	9.41	35.78	10.60

Através da leitura da Tabela 22 e Gráfico 10, observa-se que o grupo BCA detém os valores médios mais altos para as escalas de estado de raiva, reação de raiva, raiva para dentro e controlo da raiva. As restantes, traço de raiva, temperamento de raiva, raiva para fora e expressão da raiva, apresentam valores médios mais altos no grupo BSA.

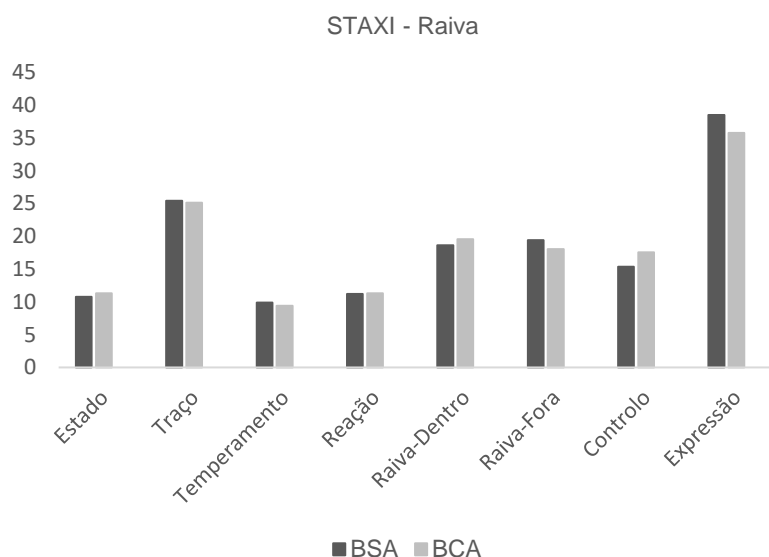


Gráfico 10. Valores médios da raiva nos grupos BSA e BCA

Sintomas Psicopatológicos (SCL-90)

As médias obtidas, relativas aos sintomas psicopatológicos, encontram-se, resumidamente, na Tabela 23.

Tabela 23. Médias das escalas do SCL-90 para os grupos BSA e BCA

SCL-90 - Sintomatologia	BSA		BCA	
	Média	Dp	Média	Dp
Somatização	1.65	0.85	1.61	0.85
Obsessão-compulsão	2.27	0.70	2.33	0.73
Sensibilidade Interpessoal	1.86	0.87	2.09	0.92
Depressão	2.33	0.89	2.58	0.92
Ansiedade	1.89	0.80	2.18	0.88
Hostilidade	1.75	0.93	2.04	1.28
Ansiedade fóbica	1.12	1.00	1.55	1.18
Ideação Paranoide	1.92	0.82	1.75	1.75
Psicoticismo	1.45	0.70	1.39	0.69

Através da leitura da Tabela 23, observam-se valores médios mais elevados na maior parte das escalas no grupo BCA, nomeadamente, na escala das obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade e ansiedade fóbica. O grupo BSA apresentou os valores médios mais elevados na somatização, ideação paranoide e psicoticismo.

No Gráfico 11 observa-se que tendencialmente os valores mais elevados pertencem aos pacientes do grupo BCA, à exceção das dimensões Somatização, Ideação Paranoide e Psicoticismo.

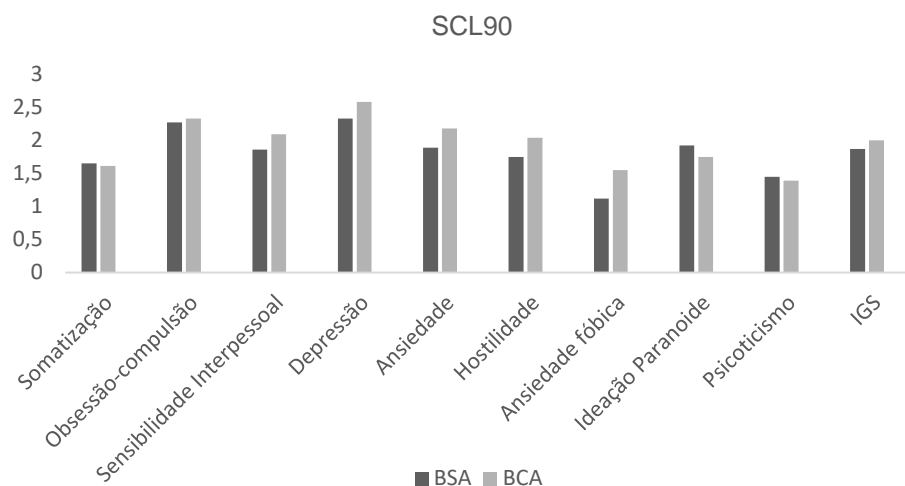


Gráfico 11. Valores médios de sintomatologia para os grupos BSA e BCA

As médias obtidas, relativas às escalas adicionais encontram-se resumidas na Tabela 24.

Tabela 24. Médias das escalas adicionais e IGS do SCL-90 para os grupos BSA e BCA

SCL-90 - Sintomatologia	BSA		BCA	
	Média	Dp	Média	Dp
Escalas adicionais				
Apetite menos	1.35	1.47	1.39	1.46
Apetite mais	1.91	1.50	1.72	1.53
Alteração do sono PM	2.30	0.97	2.39	1.46
Alteração do sono AM	1.87	1.58	2.28	1.49
Insónia	2.61	1.30	2.28	1.49
Pensamentos de morte	1.96	1.55	2.39	1.61
Sentimentos de culpa	2.70	1.30	3.00	1.41
Sintomatologia geral	1.87	0.68	2.00	0.74

Nota: Sintomatologia geral: IGS

Através da leitura da Tabela 24, observam-se valores médios mais elevados na maior parte das subescalas no grupo BCA, nomeadamente, no apetite a menos, no distúrbio do sono AM e PM, pensamentos de morte, sentimentos de culpa e sintomatologia geral. O grupo BSA apresentou valores médios mais elevados nas subescalas do apetite a mais e insónia.

Tendencialmente, os pacientes do grupo BCA apresentam valores mais elevados nas escalas adicionais, à exceção das dimensões *Apetite Menos* e *Insónia* (Gráfico 12).

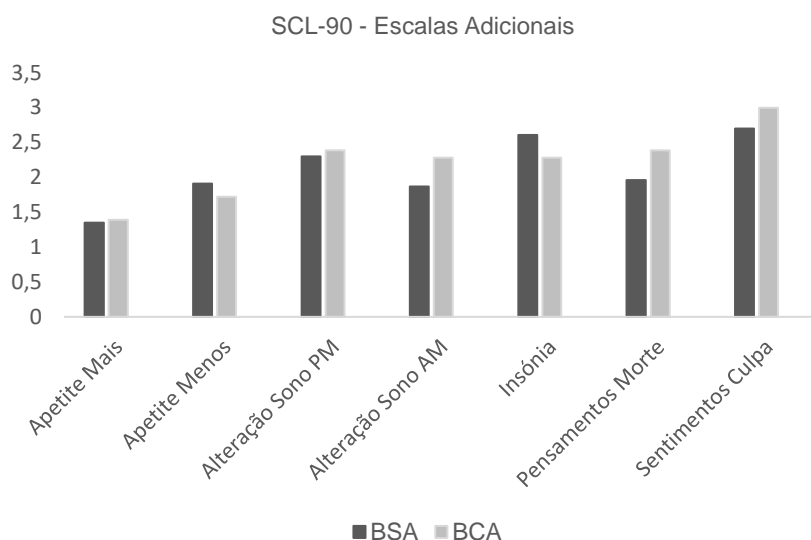


Gráfico 12. Valores médios das escalas adicionais do SCL-90 para os grupos BSA e BCA

3.3. Análise de médias entre o grupo BSA e BCA

Seguidamente apresentam-se os resultados relativos à análise de médias para verificar se os grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas.

O primeiro passo foi avaliar os pressupostos, ou seja, avaliar se as variáveis seguiam uma distribuição normal e verificar a homogeneidade dos dados através da existência de outliers (329) para seguidamente escolher o teste adequado para avaliar diferenças estatísticas entre os grupos.

O pressuposto da normalidade foi avaliado, através do teste Shapiro-Wilk e sempre que se verificou a existência de uma distribuição normal para ambas as populações (BSA e BCA), calculou-se o Teste de Homogeneidade de Variâncias através da média (based on mean), segundo Maroco (329).

Todas as dimensões deveriam apresentar um p-value superior a α (0.05) para não rejeitarmos H_0 , e verificar-se a normalidade e a homogeneidade dos dados.

Com o pressuposto da normalidade e homogeneidade validados, o efeito do Grupo (BSA e BCA) ao nível de cada uma das dimensões foi analisado através de um teste paramétrico. O teste escolhido foi o T-Student, uma vez que permite comparar duas populações de onde foram extraídas amostras independentes face a cada uma das dimensões (329).

Quando o pressuposto da normalidade, através do teste Shapiro-Wilk, não foi validado, não se verificando uma distribuição normal para ambas as populações (BSA e BCA), o efeito do Grupo (BSA e BCA) ao nível das dimensões foi analisado através de um teste não paramétrico, nomeadamente, o teste Mann-Whitney, uma vez que permite comparar duas populações de onde foram extraídas amostras independentes face a cada uma das dimensões (329).

Idade

No que concerne à análise de médias, não foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos face à Idade (Tabela 25) e à Gravidade de diagnóstico (Tabela 26).

Tabela 25. Medidas de dispersão da variável idade para os grupos BSA e BCA

	Média	Desvio-padrão	Entre grupos
Idade*			
BSA (n=23)	36.52	7.40	(t = 1.655; df = 39; p = .106)
BCA (n=18)	31.56	8.03	

* Shapiro-Wilk para o BSA (valor teste = 0.946; $p = 0.240 > \alpha = 0.05$) e BCA (valor teste = 0.970; $p = 0.803 > \alpha = 0.05$); Teste de Homogeneidade de Variância (valor teste = 0.044; $p = 0.835 > \alpha = 0.05$).

Gravidade do diagnóstico

Tabela 26. Medidas de dispersão da variável gravidade do diagnóstico para os grupos BSA e BCA

	Média	Desvio-padrão	Entre grupos
Gravidade do diagnóstico*			
BSA (n=23)	6.87	1.33	$p = 0.627^a$
BCA (n=18)	6.61	1.15	

* Shapiro-Wilk para o BSA (valor teste = 0.897; $p = .022 < \alpha = 0.05$) e BCA (valor teste = 0.863; $p = .014 < \alpha = 0.05$).

^a Teste de Mann-Whitney U com aproximação à distribuição normal.

Raiva, autoestima e impulsividade

As tabelas correspondentes à normalidade e homogeneidade dos dados para os grupos nas variáveis impulsividade, autoestima, raiva, e sintomatologia encontram-se em anexo (ANEXO V).

Em relação às dimensões da raiva e impulsividade não foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos. Contudo, observou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos face à variável autoestima ($t = 3.959$; $df = 39$; $p < 0.001$), assim, o grupo BCA ($\mu = 16.5$) tem pacientes com autoestima significativamente mais baixa do que os pacientes do grupo BSA ($\mu = 21.91$) (Tabela 27).

Tabela 27. Medidas de dispersão das variáveis impulsividade, raiva e autoestima para os grupos BSA e BCA

	BSA		BCA		Análise das médias entre grupos
	Média	Dp	Média	Dp	
BIS-11 - Impulsividade					
Impulsividade Total	70.78	9.11	71.89	11.85	($t = -.338$; $df = 39$; $p = .737$)
STAXI-Raiva					
Estado	10.78	1.00	11.33	1.88	($p = .294$) ^a
Traço	25.43	5.99	25.11	6.58	($t = .165$; $df = 39$; $p = .870$)
Temperamento	9.87	2.82	9.39	3.33	($t = .501$; $df = 39$; $p = .619$)
Reação	11.22	2.91	11.33	2.91	($t = -.127$; $df = 39$; $p = .900$)
Raiva-Dentro	18.61	4.07	19.56	3.87	($t = -.756$; $df = 39$; $p = .454$)
Raiva-Fora	19.43	4.28	18.06	4.94	($t = .957$; $df = 39$; $p = .345$)
Controlo	15.35	4.30	17.56	6.29	($p = .187$) ^a
Expressão	38.48	9.41	35.78	10.60	($p = .320$) ^a
RSES - Autoestima					
Autoestima	21.91	4.55	16.5	4.06	($t = 3.959$; $df = 39$; $p < .001$)

^aMann-Whitney test.

Sintomatologia

Relativamente à sintomatologia não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Tabela 28).

Tabela 28. Medidas de dispersão das variáveis sintomatologia para os grupos BSA e BCA

	BSA		BCA		Análise de médias
SCL-90 - Sintomatologia	Média	Dp	Média	Dp	
Somatização	1.65	0.85	1.61	0.97	($t = .138$; $df = 39$; $p = .891$)
Obsessão-compulsão	2.27	0.70	2.33	0.73	($p = .712$) ^a
Sensibilidade Interpessoal	1.86	0.87	2.09	0.92	($t = -.823$; $df = 39$; $p = .416$)
Depressão	2.33	0.89	2.58	0.92	($t = -.874$; $df = 39$; $p = .388$)
Ansiedade	1.89	0.80	2.18	0.88	($t = -1.116$; $df = 39$; $p = .271$)
Hostilidade	1.75	0.93	2.04	1.28	($t = -.824$; $df = 39$; $p = .415$)
Ansiedade fóbica	1.12	1.00	1.55	1.18	($p = .216$) ^a
Ideação Paranoide	1.92	0.82	1.75	1.75	($t = .602$; $df = 39$; $p = .571$)
Psicoticismo	1.45	0.70	1.39	0.69	($t = .263$; $df = 39$; $p = .794$)
Escalas adicionais					
Apetite menos	1,35	1.47	1,39	1.46	($p = .848$) ^a
Apetite mais	1,91	1.50	1,72	1.53	($p = .656$) ^a
Alteração do sono PM	2,30	0.97	2,39	1.46	($p = .620$) ^a
Alteração do sono AM	1,87	1.58	2,28	1.49	($p = .397$) ^a
Insónia	2,61	1.30	2,28	1.49	($p = .541$) ^a
Pensamentos de morte	1.96	1.55	2.39	1.61	($p = .373$) ^a
Sentimentos de culpa	2.70	1.30	3.00	1.41	($p = .318$) ^a
Sintomatologia geral	1.87	0.68	2.00	0.74	($t = -.571$; $df = 39$; $p = .555$)

Nota. Sintomatologia geral-IGS

^a Teste de Mann-Whitney U com aproximação à distribuição normal

3.4. Análise estatística da correlação entre autoestima, raiva e impulsividade nos grupos

Na Tabela 29 foram observadas associações estatisticamente significativas entre a impulsividade e o traço de raiva ($r=0.354$; $p=.025$), a impulsividade e o temperamento de raiva ($r=0.363$; $p=0.021$), entre a impulsividade e o controlo da raiva ($r=-0.315$; $p=0.048$) e a impulsividade e a expressão da raiva ($r=0.363$; $p=0.021$).

Tabela 29. Correlação entre as variáveis impulsividade, raiva e autoestima através do teste de correlação de Pearson

N 41		
	<i>r</i>	<i>p</i>
Autoestima e impulsividade total	- .201	.214
Autoestima e raiva:		
Estado	- .112	.491
Traço	- .055	.735
Temperamento	.169	.298
Reação	- .239	.137
Raiva-Dentro	- .223	.166
Raiva-Fora	- .145	.510
Controlo	.129	.429
Expressão	- .199	.362
Impulsividade total e raiva:		
Estado	- .035	.829
Traço	.354	.025*
Temperamento	.363	.021*
Reação	.290	.070
Raiva-Dentro	.160	.324
Raiva-Fora	.269	.094
Controlo	-.315	.048*
Expressão	.363	.021*

Correlação de Pearson

* $\alpha = 0.05$

Não foram encontradas quaisquer associações estatisticamente significativas entre a impulsividade e a autoestima e a raiva e a autoestima, tendo em conta os níveis de significância de 0.05 e 0.01.

Dado que uma correlação apenas mede a associação entre as variáveis sem qualquer causa-efeito entre elas, ou seja, esta não permite identificar o sentido da associação, procedeu-se de seguida à realização dos modelos de regressão que permitem identificar a probabilidade de uma variável (variável dependente) ser prevista por outras variáveis (variáveis independentes).

3.5. Análise estatística do impacto das variáveis nos grupos

Após a análise de exploração da correlação entre as variáveis em estudo procedeu-se à realização dos modelos de regressão. Assim, para testar e medir o efeito das variáveis recorreu-se ao software Amos, um módulo do SPSS Statistics. A escolha deste programa deve-se ao facto de este permitir analisar nas dimensões e sub dimensões das variáveis, quais as componentes que têm maior impacto dentro de cada grupo (BSA e BCA),

comparando com o outro grupo. Os valores de referência encontram-se descritos na Tabela 30.

Tabela 30. Valores da correlação

Correlação	Critério
0.9 - 1	Muito alta
0.7 - 0.89	Alta
0.4 - 0.69	Moderada
0.2 - 0.39	Baixa
< 0.19	Muito baixa

Nos modelos de regressão, a multicolinearidade foi avaliada com a estatística VIF (Variance Inflation Factors) e a leitura foi efetuada também pelo indicador *Tolerância*. Se os valores da *Tolerância* forem inferiores a 0.1 e se o VIF for superior a 10, o modelo apresentará problemas de colinearidade ou multicolinearidade (329).

Em anexo serão apresentadas as tabelas referentes aos modelos do impacto da autoestima, raiva e impulsividade na gravidade do diagnóstico, e do modelo do impacto da autoestima, raiva e impulsividade na frequência das autolesões por terem apresentado colinearidade ou multicolinearidade (ANEXO VI).

Os modelos do impacto da autoestima, e o modelo do impacto da idade, sobre as variáveis em estudo não apresentaram colinearidade ou multicolinearidade.

O próximo passo foi a avaliação dos pressupostos, nomeadamente, a normalidade e a homogeneidade dos dados. A existência de outliers foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis (D^2) e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku).

Verificou-se a inexistência de outliers pela distância quadrada de Mahalanobis (D^2) – observação multivariada com p_1 e p_2 reduzido (< 0.05), indicando, assim, a homogeneidade dos dados em ambos os grupos. Os dados seguiam uma distribuição normal quando nenhuma variável, nos vários modelos, apresentasse indicadores de violações severas à distribuição normal ($|SK| < 3$ e $|Ku| < 10$) (329). Em anexo encontram-se as tabelas referentes aos pressupostos para os vários modelos (ANEXO VII).

3.5.1. O impacto da autoestima sobre as variáveis em estudo para cada grupo

Tendo em conta que a autoestima se mostrou significativamente diferente entre os grupos BSA e BCA, revelando que no grupo BCA a autoestima é significativamente mais baixa, decidiu-se avaliar o efeito que esta variável tem nas variáveis em estudo, nomeadamente, na Impulsividade, na Raiva, e no IGS (sintomatologia geral).

Relativamente aos grupos BSA e BCA, a significância do efeito da Autoestima sobre o IGS, Impulsividade, Estado, Traço, Temperamento, Reação, Dentro, Fora, Controlo, e Expressão da raiva foi avaliada com uma regressão linear.

Grupo BSA

Na Tabela 31 observou-se que a autoestima tem:

- um impacto significativo ($p = .005$), negativo e moderado ($\beta = -0.52$) na sintomatologia geral (IGS), e explica 27% da sua variabilidade.
- um impacto significativo ($p = .006$), negativo e moderado ($\beta = -0.51$) na raiva reação, e explica 26% da sua variabilidade.

Assim, quanto maior é o nível de autoestima do sujeito menor é nível de sintomatologia geral e de raiva reação. Não foram encontradas outras trajetórias significativas para este grupo.

Tabela 31. Variabilidade e impacto da autoestima nas variáveis em cada grupo, através de uma regressão linear

	BSA			BCA		
	R ²	β	p-value	R ²	β	p-value
Impulsividade total	.05	-.22	.289	.00	.04	.863
Raiva:						
Estado	.04	-.19	.354	.49	.70	< .001**
Traço	.08	-.29	.161	.22	.47	.029*
Temperamento	.01	.12	.585	.16	.39	.076
Reação	.26	-.51	.006**	.15	.39	.081
Raiva para fora	.02	-.14	.494	.21	.46	.034*
Raiva para dentro	.01	-.08	.705	.00	-.04	.865
Controlo	.05	.22	.303	.05	-.22	.354
Expressão da raiva	.04	-.20	.341	.10	.32	.157
Sintomatologia geral	.27	-.52	.005**	.02	-.13	.584

Nota. Variabilidade mostra com que força a autoestima explica (R²) a raiva e a impulsividade; o impacto mostra com que força a autoestima influencia (β) a raiva e a impulsividade; significância mostra a força da relação entre a autoestima, e a raiva e a impulsividade (p-value). Quanto mais perto de -1 ou de +1, maior a força do impacto.

**α = 0.01; *α = 0.05

Grupo BCA

Através da Tabela 31 observou-se que a autoestima tem:

- um impacto muito significativo ($p < .001$), positivo e forte ($\beta = 0.70$) no estado de raiva, e explica 49% da sua variabilidade.
- um impacto significativo ($p = .029$), positivo e moderado ($\beta = 0.47$) no traço de raiva, e explica 22% da sua variabilidade.
- um impacto significativo ($p = .034$), positivo e moderado ($\beta = 0.46$) na raiva para fora, e explica 21% da sua variabilidade.

Assim, quanto maior é o nível de autoestima do sujeito maior é o nível do estado de raiva, de traço de raiva e de raiva para fora.

Observando o Gráfico 13, constata-se que a autoestima tem um impacto diferente entre os grupos, e o seu aumento tem impacto num maior número de variáveis no grupo BCA.

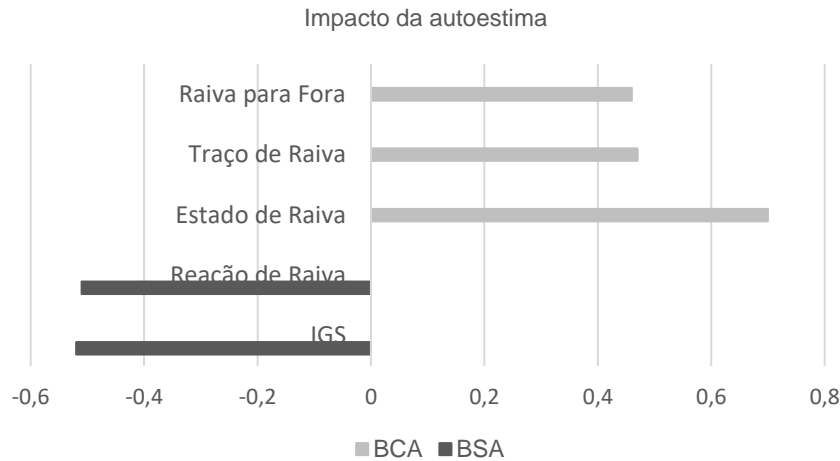


Gráfico 13. Impacto da autoestima nas variáveis significativas nos grupos BSA e BCA

3.5.2. O impacto da autoestima, impulsividade e raiva na gravidade do diagnóstico borderline nos grupos

Tendo em conta que a raiva, a autoestima e a impulsividade são características importantes na patologia borderline, bem como, nas autolesões (179,191,277), decidiu-se avaliar qual o efeito que poderiam ter na gravidade do diagnóstico borderline (constituída pelo número de critérios borderline) em cada um dos grupos.

A significância do efeito da sintomatologia geral, Impulsividade, Autoestima, Estado, Traço, Temperamento, Reação, Dentro, Fora, Controlo e Expressão sobre Gravidade Diagnóstico Borderline foi avaliada com uma regressão linear múltipla.

Devido aos valores estandardizados elevados, verificaram-se problemas de multicolinearidade neste modelo. Assim, constatou-se a existência de uma multicolinearidade forte entre as variáveis Expressão (VIF = 703.551), controlo (VIF = 199.453), Fora (VIF = 155.89), Dentro (VIF = 116.466), Traço (VIF = 33.838) e Temperamento (VIF = 15.8).

Devido ao valor da variável Expressão optou-se pela sua remoção. Após este processo, fez-se novamente uma análise à multicolinearidade e verificou-se uma melhoria dos valores, e optou-se por retirar o Traço (VIF = 27.728).

O modelo final foi apenas avaliado pela sintomatologia geral (IGS), Impulsividade, Autoestima, Estado, Temperamento, Reação, Dentro, Fora e Controlo sobre a Gravidade de diagnóstico Borderline (ANEXO VI).

Grupo BSA

Através da Tabela 32 verifica-se que não se observam trajetórias significativas entre as variáveis em estudo e a Gravidade do Diagnóstico borderline para o grupo BSA.

Tabela 32. Variabilidade e impacto da impulsividade, autoestima e raiva na gravidade do diagnóstico borderline para cada grupo através de uma regressão linear múltipla

	BSA		BCA	
	R ²	β	R ²	β
Gravidade do diagnóstico	.19		.65	
Impulsividade		.38		.11
Autoestima		-.04		-.74
Estado de Raiva		.05		.51
Temperamento de Raiva		-.24		.50
Reação de raiva		-.07		-.42
Raiva para fora		.21		.56
Raiva para dentro		-.01		.26
Control da raiva		-.28		.24
Sintomatologia geral		-.29		-.16

Nota. Variabilidade mostra com que força a impulsividade, a raiva e a autoestima explicam (R²) a gravidade do diagnóstico; o impacto mostra com que força a impulsividade, a raiva e a autoestima influenciam (β) a gravidade do diagnóstico; significância mostra a força da relação entre a impulsividade, a raiva e a autoestima, e a gravidade do diagnóstico (*p-value*). Quanto mais perto de -1 ou de +1, maior a força do impacto.

** $\alpha = 0.01$; * $\alpha = 0.05$

Grupo BCA

Através da Tabela 32 observaram-se trajetórias estatisticamente significativas neste grupo BCA.

- a autoestima tem um impacto significativo ($p = .004$), negativo e acentuado ($\beta = -.74$) sobre a Gravidade do Diagnóstico Borderline, enquanto o estado de raiva tem um impacto significativo ($p = .046$), positivo e moderado ($\beta = 0.51$) sobre a Gravidade do Diagnóstico Borderline

Assim, quanto maior a autoestima, menor a gravidade do seu diagnóstico, e quanto maior é o nível de estado de raiva do sujeito mais acentuada é a gravidade do seu diagnóstico.

Este modelo explica 65,5% da variabilidade da Gravidade do Diagnóstico Borderline neste grupo.

Observando o Gráfico 14, constata-se que no grupo BSA, nenhuma variável tem impacto na gravidade do seu diagnóstico borderline, no entanto, no grupo BCA a autoestima é o fator mais importante e com maior impacto na gravidade do diagnóstico deste grupo, seguida do estado de raiva.

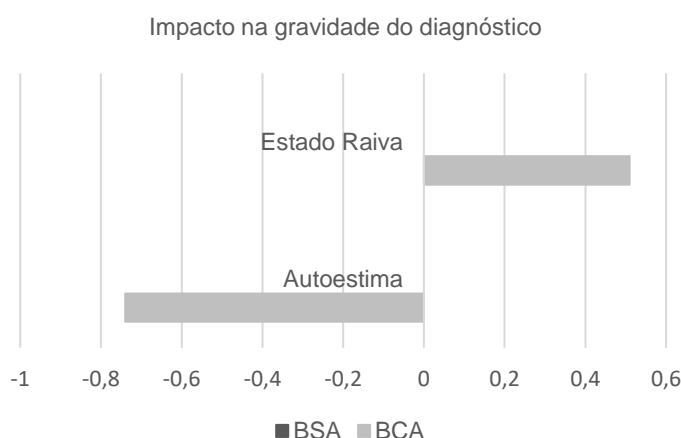


Gráfico 14. Impacto das variáveis significativas na gravidade do diagnóstico borderline nos grupos BCA e BSA

3.5.3. Análise do impacto das variáveis sobre a autolesão no grupo BCA

A significância do efeito da Impulsividade, autoestima, raiva estado, raiva traço, raiva temperamento, raiva reação, raiva dentro, raiva fora, raiva controlo, raiva expressão e sintomatologia geral (IGS) sobre a frequência de autolesões foi avaliada com uma regressão linear múltipla.

Devido aos valores estandardizados elevados, verificaram-se problemas de multicolinearidade. Assim, constatou-se a existência de uma multicolinearidade forte entre as variáveis Traço (VIF = 129.46), Temperamento (VIF = 80.511), Reação (VIF = 25.671), Dentro (VIF = 239.639), Fora (VIF = 425.127), Controlo (VIF = 554.768) e Expressão (VIF = 1801.882), levando à remoção da Expressão (Anexo VI).

Após isto, fez-se novamente uma análise à multicolinearidade e verificou-se uma melhoria dos valores. Optou-se, então, por retirar o Traço (VIF = 59.089). O modelo final foi apenas

avaliado pela sintomatologia geral, Impulsividade, Autoestima, Estado, Temperamento, Reação, Dentro, Fora e Controlo sobre a frequência de autolesões (ANEXO VI).

A variável Autolesão foi construída com base na média das autolesões reportadas pelos pacientes (Tabela 8).

Através da Tabela 33 verifica-se que a Impulsividade, autoestima, raiva estado, raiva temperamento, raiva reação, raiva para dentro, raiva para fora, raiva controlo e sintomatologia geral (IGS) explicam 71% da variabilidade da frequência da AL no grupo BCA.

Observa-se também que a impulsividade é a única trajetória estatisticamente significativa ($p = .007$) e tem um impacto positivo e moderado ($\beta = 0.61$) sobre a frequência de AL.

Assim, quanto maior é o nível de impulsividade dos pacientes maior será a frequência de AL.

Tabela 33. Variabilidade e impacto da impulsividade, autoestima e raiva na frequência das autolesões através de uma regressão linear múltipla

	BCA		
	R ²	β	p-value
Frequência de autolesões	.712		
Impulsividade		.61	.007*
Autoestima		.38	.103
Estado de Raiva		-.14	.543
Temperamento de Raiva		-.40	.280
Reação de raiva		.47	.054
Raiva para fora		-.54	.089
Raiva para dentro		-.27	.089
Control da raiva		.26	.313
Sintomatologia geral		-.28	.088

Nota. Variabilidade mostra com que força a impulsividade, a raiva e a autoestima explicam (R^2) a frequência das autolesões; o impacto mostra com que força a impulsividade, a raiva e a autoestima influenciam (β) a frequência das autolesões; significância mostra a força da relação entre a impulsividade, a raiva e a autoestima, e a frequência das autolesões (p -value). Quanto mais perto de -1 ou de +1, maior a força do impacto.
 $\alpha = 0.01^*$

3.5.4. Dados complementares: O impacto da idade sobre as variáveis em estudo para cada grupo

Tendo em conta que o grupo BCA é constituído, em média, por pacientes mais novos, decidiu-se avaliar o efeito que a idade tem nas variáveis em estudo, nomeadamente, na impulsividade, raiva, e autoestima, e na sintomatologia geral (IGS).

A significância do efeito da Idade, em cada grupo, sobre as variáveis sintomatologia geral, Impulsividade, Autoestima e Raiva foi avaliada com uma regressão linear.

BSA

Através da análise da Tabela 34 observa-se que a idade tem:

- um impacto significativo ($p = 0.047$) positivo e moderado ($\beta = 0.39$) sobre a impulsividade e explica 12% da sua variabilidade.
- um impacto significativo ($p = 0.016$) positivo e moderado ($\beta = 0.45$) sobre o estado de raiva, e explica 21% da sua variabilidade.
- um impacto significativo ($p = 0.041$) positivo e moderado ($\beta = 0.40$) sobre a raiva para fora, e explica 16% da sua variabilidade.
- um impacto significativo ($p = 0.030$) positivo e moderado ($\beta = 0.42$) sobre a raiva para dentro, e explica 17% da sua variabilidade.
- um impacto significativo ($p = 0.025$) positivo e moderado ($\beta = 0.43$) sobre a expressão da raiva, e explica 18% da sua variabilidade.

Assim, a impulsividade e a raiva (estado, para fora, para dentro e expressão da raiva) aumentam com a idade no grupo BSA.

Tabela 34. Variabilidade e impacto da idade nas variáveis em cada grupo, através de uma regressão linear

	BSA			BCA		
	R ²	β	p-value	R ²	β	p-value
Impulsividade	.15	.39	.047*	.10	-.31	.169
Autoestima	.00	-.03	.875	.02	-.14	.541
Estado Raiva	.21	.45	.016*	.06	-.25	.268
Traço Raiva	.13	.36	.067	.05	-.24	.300
Temperamento	.10	.32	.106	.14	-.37	.091
Reação Raiva	.04	.20	.341	.00	.00	.986
Raiva para fora	.16	.40	.041*	.21	-.45	.033*
Raiva para dentro	.17	.42	.030*	.00	-.04	.847
Controlo da raiva	.02	-.16	.435	.13	.37	.098
Expressão da raiva	.18	.43	.025*	.20	-.45	.037*
Sintomatologia geral	.13	.36	.067	.02	.14	.539

Nota. Variabilidade mostra com que força a idade explica (R²) a autoestima, a raiva e a impulsividade; o impacto mostra com que força a idade influencia (β) a autoestima, a raiva e a impulsividade; significância mostra a força da relação entre a idade e a autoestima, a raiva e a impulsividade (p-value). Quanto mais perto de -1 ou de +1, maior a força do impacto.

*α = 0.05

BCA

Observa-se na Tabela 34, que no grupo BCA a idade tem:

- um impacto significativo ($p = 0.033$) negativo e moderado ($\beta = -0.45$) sobre a raiva para fora, e explica 21% da sua variabilidade.
- um impacto significativo ($p = 0.037$) negativo e moderado ($\beta = -0.45$) sobre a expressão da raiva, e explica 20% da sua variabilidade.

Assim, a expressão da raiva e da sua externalização (para fora) diminui com a idade no grupo BCA.

Observando ainda o Gráfico 15, constata-se a diferença entre os grupos face ao impacto da idade.

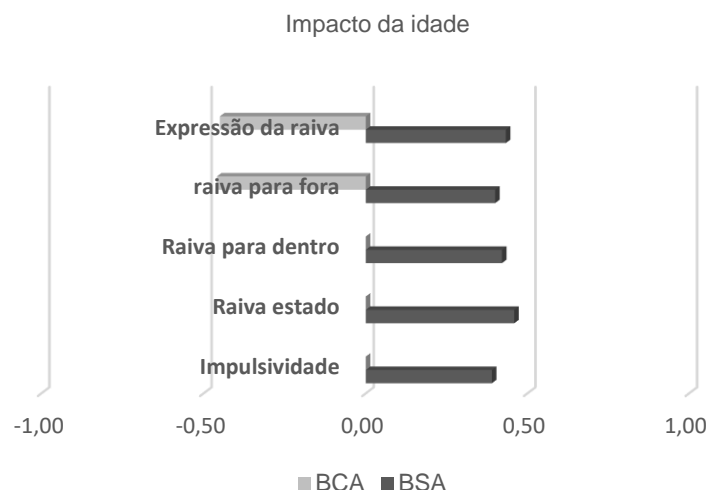


Gráfico 15. Impacto da idade nas variáveis significativas nos grupos BSA e BCA

3.6. EM SUMA...

Face às hipóteses colocadas:

Problema 1

Será que a raiva, a impulsividade e a autoestima distinguem os pacientes diagnosticados com PB na presença de autolesões?

Os resultados sugerem diferenças observando-se autoestima significativamente mais baixa naqueles que se autolesionam.

Problema 2

Será que a gravidade do diagnóstico borderline é influenciada pela impulsividade, raiva e autoestima de forma diferente naqueles que se autolesionam (BCA)?

Os resultados sugerem que a raiva e a autoestima tenham influencia na gravidade do diagnóstico daqueles que se autolesionam, mas não daqueles que não apresentam autolesões.

Problema 3

Será que a impulsividade, a raiva e a autoestima têm impacto na explicação da frequência de autolesões nesta amostra?

A impulsividade mostrou ser um fator importante para explicar a frequência de autolesões.

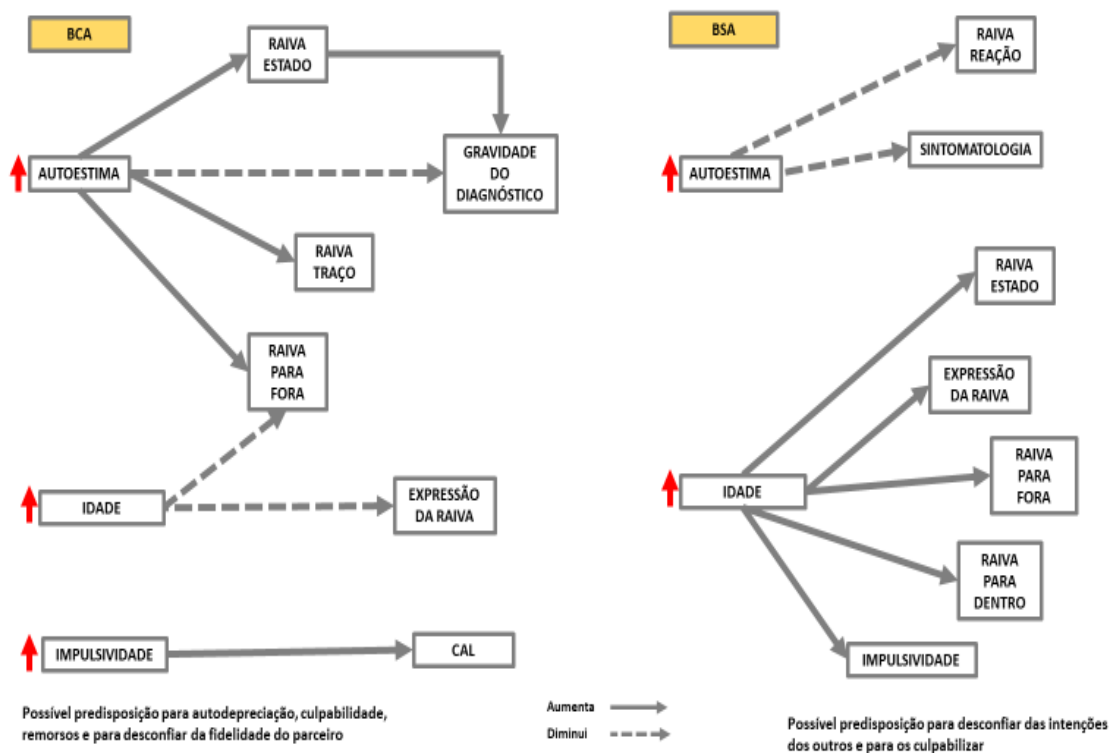


Figura 1. Esquema global dos resultados significativos encontrados nos grupos BCA e BSA

4. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo centrou-se na análise da importância da autoestima, da impulsividade e da raiva na distinção dos grupos de pacientes com PB e na importância destas variáveis na gravidade do seu diagnóstico e no comportamento autolesivo destes pacientes.

Tendo em conta que se considerou de maior utilidade integrar os resultados em vários modelos, os dados serão discutidos recorrendo ao modelo da sensibilidade à rejeição, da percepção da negatividade, e dos mecanismos de defesa, juntamente com outros dados pertinentes da literatura. A figura 2 (ANEXO XI) representa um modelo explicativo, de enquadramento dos dados obtidos.

Caracterização da amostra

Idade

A literatura refere que na PB a autoestima tende a ser baixa (152), e apesar dos pacientes que se autolesionam serem em média mais novos, não parecem existir diferenças entre os grupos.

Género

A evidência científica em relação a diferenças de género na PB é pouca. Este estudo inclui maioritariamente pacientes do sexo feminino na amostra total (78%) o que vai ao encontro da literatura que refere que a PB pode chegar aos 75% no sexo feminino em contextos clínicos (4,69,73). Um outro estudo refere que na população não clínica o diagnóstico da PB parece ser maior no sexo masculino (40). Isto poderá justificar a prevalência do sexo feminino neste estudo.

Nos adultos jovens, os homens parecem ter autoestima maior quando comparados com as mulheres, mas não foram encontrados dados referentes à PB. Em relação à impulsividade, como característica de personalidade não parece diferenciar em relação ao género (50, 70,75).

Escolaridade

Alguns autores sugeriram que quanto maior o nível de escolaridade maior a autoestima (149) na população geral. A maior parte dos pacientes de ambos os grupos têm escolaridade entre o ensino secundário e o ensino superior, mas a autoestima dos pacientes com CAL é significativamente mais baixa. A diferença entre os grupos poderá relacionar-se com o tipo de autoestima avaliado, que apenas inclui a percepção geral destes relativamente ao valor que atribuem a si próprios enquanto pessoas, sem considerar o seu desempenho académico, e o facto desta amostra ter sido recolhida num contexto clínico.

Apoio psiquiátrico/psicológico

Não é expectável que numa população clínica com diagnóstico PB, não exista qualquer apoio psicológico ou farmacológico. O facto de a maior parte dos pacientes, em ambos os grupos, estarem em intervenções psicoterapêuticas e/ou farmacológicas poderá ter influenciado alguns dos resultados, e levado à ausência de possíveis diferenças significativas entre os grupos. No entanto, parece existir um maior apoio psiquiátrico nos pacientes com CAL, o que poderá sugerir que a sintomatologia apresentada poderia ser mais elevada nestes pacientes na ausência de controlo de sintomas. O apoio psicológico também parece ser mais frequente nestes pacientes, o que poderá ter permitido um ambiente mais contendor para as suas dificuldades.

Tentativas de suicídio

Existe evidência científica de que adultos, com PB, com episódios autolesivos e tentativas de suicídio, concomitantemente na sua história, sejam mais impulsivos do que aqueles que tenham apenas comportamento suicidário (16,265). Contrariamente, e tendo em conta que as tentativas de suicídio estão presentes em ambos os grupos, este estudo sugere que a presença de tentativas de suicídio na história juntamente com o CAL, não os diferencie. Uma possível explicação poderá relacionar-se com o facto deste risco poder ser mais elevado quando em presença de autolesões recorrentes, e não esporádicas (286), cujas características (das AL esporádicas) parecem ser semelhantes àsquelas que os pacientes com CAL relataram.

No entanto, em presença do CAL os pacientes parecem reagir com raiva com maior frequência quando percecionam ameaças à sua autoestima, tendem a suprimir a sua vivência (contendo a emoção ou transformando-a em culpa (219)) e a tentar controlar a

sua expressão. A literatura já referia a possibilidade dos sujeitos com AL e tentativas de suicídio apresentarem níveis mais elevados de supressão de raiva (53). Comparar estes pacientes com um grupo PB que apresentasse apenas CAL, poderia ser interessante para explorar se esta tendência se devia ao CAL ou à associação entre os dois tipos de autoagressão.

A sintomatologia depressiva, presente em ambos os grupos, parece ser um fator de risco importante para o comportamento suicidário (188,332) e de menor importância para o CAL (270). Isto poderá sugerir que os pacientes com AL, que apresentaram concomitantemente tentativas de suicídio, poderão ter uma maior probabilidade de novas tentativas de suicídio, em presença de sintomatologia depressiva.

CrITÉRIOS de diagnóstico de personalidade borderline

Verificou-se que os sujeitos que se autolesionam têm o critério de PB que remete para a autoagressividade direta (autolesões e/ou tentativas de suicídio) (critério cinco) mais frequentemente do que aqueles que não se autolesionam. Este resultado deve-se ao facto de todos os pacientes do grupo BCA apresentarem episódios autolesivos. Alguns pacientes no grupo BSA não identificaram tentativas de suicídio na sua história, daí a frequência deste critério ser maior no grupo BCA.

O critério quatro para o diagnóstico borderline, que remete para a impulsividade, esteve presente em grande parte da amostra total. Esta aparente discrepância, com o resultado do BIS-11 poderá dever-se ao facto deste critério avaliar o comportamento autoagressivo, enquanto o BIS-11 avalia outras dimensões diferentes da impulsividade. Esta escala avalia a impulsividade ao nível cognitivo, motor e de planeamento, enquanto o critério quatro, para esta patologia, relaciona-se com a presença de comportamentos de risco e aditivos na história do sujeito, remetendo para a incapacidade de controlo dos impulsos para esta auto destrutividade indireta, contrariamente a formas de agir e pensar no dia-a-dia, avaliadas no BIS-11.

As situações de abandono e rejeição podem levar a “esforços desesperados” para as evitar (132). Como esta característica (critério 1 para a PB) parece ser a menos frequentemente encontrada em ambos os grupos, poderá sugerir que a maioria dos pacientes não passa à ação (ex. faz ameaças, perseguição do outro, etc) quando percebem ameaças de abandono ou rejeição, mas este critério não avalia a intensidade do receio da rejeição.

O critério borderline de raiva intensa e inapropriada (critério 8) poderá representar uma vulnerabilidade para a intensidade com que os pacientes vivenciam a raiva e para a dificuldade em controlá-la. Apesar de este critério parecer ser mais frequente naqueles que não têm AL, esta vulnerabilidade poderá ser “acionada” de acordo com outros fatores que possam despoletar e influenciar a vivência e expressão da raiva (222).

Os pacientes sem AL parecem ter uma maior tendência para vivenciar raiva de forma intensa, para a instabilidade afetiva e a para a perturbação de identidade, enquanto os pacientes com CAL parecem ter maior propensão para a autoagressividade direta (autolesões e tentativas de suicídio) e indireta (comportamentos de risco).

Gravidade do diagnóstico Borderline

A gravidade do diagnóstico mostrou-se semelhante na presença e na ausência de autolesões, sugerindo que o diagnóstico de perturbação PB baseou-se num número de critérios semelhante para ambos os grupos de pacientes. Tendo em conta que a literatura evidenciou a tendência para sobre diagnosticar sujeitos com PB com base na presença de autolesões (24,25), foi-se observar este grupo. Observou-se que, se retirássemos o fator AL estes mantinham critérios suficientes para o diagnóstico borderline, contrariamente ao que a literatura sugere. Efetivamente, 15 dos 18 pacientes do grupo BCA mantiveram o critério cinco para a autoagressividade direta devido à presença das tentativas de suicídio, e dos restantes três que apresentavam apenas autolesões, dois mantiveram ainda seis critérios e um deles manteve sete critérios de diagnóstico para a PB, sugerindo que a presença de autolesões não influenciou o diagnóstico de perturbação PB neste grupo, logo exclui-se a possibilidade de sobre diagnóstico.

Alguns autores (46,58) sugeriram que quanto maior a gravidade do diagnóstico PB mais difícil poderia ser a remissão da sua psicopatologia. Se a remissão da sintomatologia dos pacientes deste estudo depender da gravidade do seu diagnóstico PB, poder-se-á pensar que aqueles que se autolesionam poderão ter a mesma dificuldade, nesta remissão, porque não parecem existir diferenças na gravidade do diagnóstico nem nos níveis de sintomatologia apresentados entre os grupos. E se o prognóstico desta perturbação da personalidade depender dos níveis de psicopatologia evidenciados (39,57), aqueles que se autolesionam também poderão ter um prognóstico semelhante àqueles sem CAL.

Comorbilidades do eixo II: Critérios de personalidade depressiva

A personalidade depressiva é caracterizada por um padrão de pensamentos e comportamentos depressivos, com sentimentos de inadequação, ruminação, pessimismo, tendência para a culpabilização e fraco valor (SCID-II).

Embora os pacientes sem AL também tivessem esta comorbilidade, parece existir um maior número de pacientes com CAL que a apresenta, indo ao encontro da literatura quando sugere a presença de características depressivas naqueles que se autolesionam (6,283).

Apesar de ambos os grupos registarem a presença de comorbilidade do diagnóstico de personalidade depressiva, aqueles que se autolesionam parecem ser mais autodepreciativos e com maior tendência para se culpabilizarem e para sentirem remorsos. Tendo em conta que estes pacientes parecem ter uma perceção de si significativamente mais negativa, é possível que estas mesmas características possam afetar a sua autoestima, uma vez que esta associação já foi sugerida (333).

Comorbilidades do eixo II: Critérios de personalidade paranoide

A personalidade paranoide é outra comorbilidade encontrada entre ambos os grupos. Os pacientes sem CAL parecem ser mais desconfiados na sua relação com os outros, com receio daquilo que estes possam fazer contra si (uma possível desconfiança mais generalizada). Enquanto aqueles que se autolesionam parecem ter maior desconfiança no parceiro da sua relação íntima (uma possível desconfiança mais centrada naqueles que lhes são mais próximos), e que poderá remeter para o receio de serem rejeitados.

Se, por um lado, a confiança dos pacientes com na PB depende da perceção que têm dos outros (16) e se esperam rejeição daqueles, nos quais a sua autoestima depende (85), é possível que: a) nos pacientes com CAL, o receio de rejeição por parte das figuras mais próximas, tenha um impacto maior, e que sejam mais dependentes destas figuras para manter a sua autoestima, sugerindo que a sua desejabilidade seja maior neste contexto; b) nos pacientes sem AL, o receio de rejeição por parte dos outros, em geral, possa ter maior influência na sua autoestima, por poderem ter uma desejabilidade social maior.

De acordo com a literatura, as características paranoides parecem ter uma função protetora contra a baixa autoestima (334), no sentido em que a projeção das emoções negativas poderá deixar os sujeitos menos vulneráveis à tensão emocional (157). Desta forma, e tendo em conta que a desconfiança nas intenções dos outros (em geral) parece ser menos

frequente nos pacientes com CAL, é possível que, estes possam estar mais vulneráveis à tensão interna.

Por outro lado, foi sugerido que canalizar nos outros as emoções negativas (como a raiva) em forma de desconfiança, poderá ter uma relação com a projeção da culpabilidade (335), e assim contribuir para a redução da expressão direta da raiva (215).

Assim, é possível que os pacientes sem AL possam ter maior tendência para culpabilizar os outros, canalizando a raiva para fora de si, enquanto os pacientes com CAL (com maior frequência de características como a autodesvalorização, propensão para a culpabilidade e remorsos) tenham maior tendência para a interiorizar, e virar para eles próprios aquilo que sentem.

Caracterização clínica

Autoestima

Apesar da autoestima em ambos os grupos se ter revelado baixa, o que vai no sentido da literatura (115,152,303,304), a autoestima parece ser significativamente mais baixa na presença de AL, sugerindo que estes pacientes tenham uma percepção de si próprios, enquanto pessoas de valor, significativamente mais negativa quando comparados com os pacientes sem CAL.

Este resultado poderá dever-se a vários fatores. Um destes fatores relaciona-se com as características de personalidade depressiva naqueles que se autolesionam, como a **autodesvalorização**, indo ao encontro da literatura (333), e de uma propensão para a **culpabilidade** e remorsos, que parece associar-se de forma negativa com a autoestima (17). Estas duas características, poderão representar uma **vulnerabilidade** para a sua autoestima, sugerindo que quanto mais se desvalorizarem e se culpabilizarem, menos valor poderão sentir por si próprios enquanto pessoas e vivenciarem níveis ainda mais baixos de autoestima.

Outro fator poderá ser a sensibilidade à rejeição, que parece estar associada à baixa autoestima (80,132,139,157). Assim poderá ser possível que os pacientes com CAL possam vivenciar **uma sensibilidade mais acentuada ao abandono e à rejeição**, e que a sua autoestima possa ser influenciada mais negativamente por esta, face aos pacientes sem AL.

Por outro lado, se tiver uma maior sensibilidade à rejeição, a necessidade do outro para manterem a autoestima (96,137) poderá ser mais acentuada nos pacientes com CAL. Assim, se estiverem **mais dependentes dos outros**, o medo de os perderem, poderá diminuir significativamente a sua percepção enquanto pessoas de valor. O que também poderia explicar a autoestima destes pacientes.

A percepção de negatividade nos outros e nas situações (85,115), que parece despoletar o medo do abandono ou da rejeição (16), e afetar negativamente a autoestima (85,124), poderá também contribuir para a explicação deste resultado pela possibilidade de aqueles que se autolesionam poderem ter **uma dificuldade mais acentuada na percepção das situações** e dos outros, percecionando-os como mais negativos e ameaçadores, e por consequência diminuir a sua autoestima ainda mais.

A possibilidade de terem ocorrido maior número de **eventos negativos** ou que estes tenham sido vivenciados de forma mais negativa, que tenha ocorrido **maior negligência ou abuso na sua história** passada, poderão ser outros fatores que afetem a autoestima daqueles com CAL, de forma mais significava.

A percepção de fraco valor próprio pode ser uma vulnerabilidade para a depressão (124), e neste sentido é possível que os pacientes com CAL possam estar mais vulneráveis à sintomatologia depressiva porque apresentaram uma autoestima muito mais baixa comparativamente com os pacientes sem AL.

Impulsividade

Os resultados deste estudo parecem ir ao encontro da literatura quando apontam para que, apesar do valor tendencialmente mais acentuado naqueles que se autolesionam, a impulsividade não distingue estes pacientes com CAL (51, 197), e que ambos os grupos não apresentem valores com significado clínico (51).

Contudo, outros estudos também revelam níveis elevados de impulsividade na PB (196,265). Possíveis fatores que justifiquem a ausência de resultados entre os grupos poderão dever-se à **ausência de características antissociais** nestes pacientes, porque a literatura refere que, na PB, aqueles que parecem ser mais impulsivos poderão apresentar comorbilidade de personalidade antissocial (283).

Segundo, esta ausência poderá relacionar-se com a possibilidade de os atos **impulsivos surgirem apenas quando experienciam emoções negativas intensas** (173,174) e, por isso, os pacientes **não se considerarem impulsivos**. Assim, os pacientes poderão tornar-

se impulsivos apenas nos momentos em que sentem o aumento de tensão ou da angústia emocional, para aliviar a vivência das emoções negativas, como já anteriormente havia sido sugerido (197,336) para aqueles que se autolesionam.

Esta impulsividade, ativada por estados emocionais intensos e negativos (“negative urgency”), de acordo com os recentes estudos parece ser a dimensão da impulsividade que melhor caracteriza a PB (337,338). Como a impulsividade avaliada neste estudo não inclui esta dimensão, este facto poderá também justificar os resultados obtidos.

Raiva

Em relação aos níveis de raiva evidenciados, a literatura é discrepante nos resultados publicados (22,201,203,231), e não foram encontrados estudos que comparassem sujeitos com PB, com e sem CAL. Os dados obtidos neste estudo sugerem que os pacientes de ambos os grupos partilhem níveis semelhantes de raiva, quer na sua vivência, controlo ou expressão. Se os sintomas depressivos, em presença de baixa autoestima podem contribuir para a inibição da expressão da raiva (144), isto poderá explicar a falta de diferenças, uma vez que ambos os grupos apresentaram baixa autoestima e sintomatologia depressiva semelhante.

De acordo com a literatura (6), esperava-se encontrar a presença de raiva virada para o próprio no CAL, mas apenas se encontrou uma provável tendência para a sua internalização naqueles que se autolesionam, e para a externalização nos pacientes sem AL. Desta forma, é possível que a internalização ou externalização da raiva se possa dever a fatores que influenciem esta escolha entre estes pacientes. Um desses fatores poderá ser os **mecanismos de defesa**. Ou seja, uma vez que estes mecanismos podem influenciar a vivência e a expressão da raiva (222), é possível que a direção desta (para o exterior/interior) possa depender daqueles mecanismos que os pacientes de cada grupo “escolhem” utilizar, ao vivenciarem a raiva numa determinada situação. Como exemplo, e já referido atrás, a projeção das emoções negativas vivenciadas através da desconfiança, poderá ajudar a diminuir a sua reatividade e a sua expressão (215). Assim, mais importante do que os níveis de raiva, poderá ser o papel dos mecanismos de defesa subjacentes que a influenciam, em cada grupo de pacientes.

Sintomas psicopatológicas

Os pacientes com CAL parecem apresentar tendencialmente valores mais acentuados em quase todas as escalas psicopatológicas, e em média, parecem ter mais sintomatologia ansiosa, maior sensibilidade e hostilidade no relacionamento com os outros.

Problema 1: *será que a raiva, a impulsividade e a autoestima distinguem os pacientes diagnosticados com PB na presença de autolesões?*

A autoestima parece ser significativamente mais baixa e ter um impacto diferente naqueles que se autolesionam.

Os sujeitos com PB e CAL, em situações percebidas como rejeição podem vivenciar mais intensamente a raiva (raiva estado) (203), e neste estudo, esta tendência parece surgir com o aumento da autoestima naqueles que se autolesionam.

Como a literatura refere que a baixa autoestima pode levar os sujeitos a culpabilizarem-se pelas situações (339), e parecendo existir uma predisposição para a autoculpabilização e autodesvalorização, os pacientes com CAL poderão sentir-se como vítimas deles próprios e, por isso, sentirem que merecem as experiências negativas que vivenciam. Então é possível que os pacientes com CAL viem para si a **culpa** e não apenas a raiva, como foi sugerido (6).

Mas ao aumentar a sua percepção de valor, poderão deixar de se sentirem culpados, e o reforço da sua autoestima possa levar à **projeção desta culpa** nos outros, aumentando a vivência da raiva, porque já foi sugerido que a percepção de que os outros são culpados pelas situações poderá aumentar a raiva (340).

A percepção de maior valor, enquanto pessoas merecedoras, poderá fazê-los sentirem-se mais confiantes, mas também mais sensíveis a estas situações que possam ameaçar a sua autoestima (85), porque a raiva poderá ser despoletada se existir uma percepção de autoconfiança e desejo de manter a autoestima (215).

Perante estas situações, poderão vivenciar mais frequentemente a raiva (estado) (340) e exteriorizá-la, para manter a sua autoestima e, também para aliviar a tensão emocional negativa (341). Esta tendência poderá tornar-se crónica (raiva traço). O que poderá ir ao encontro da literatura quando sugere que a raiva traço poderá estar relacionada com o desenvolvimento das defesas de “externalizing” (222).

Como parece existir uma possível tendência para a exteriorização da raiva naqueles que não têm AL, poderá haver a possibilidade de, nos pacientes com CAL, ao sentirem-se rejeitados, e ao canalizar a raiva para fora, não a direcionando para eles, possam estar a contribuir para a diminuição dos seus episódios autolesivos.

Curiosamente, naqueles que não apresentaram AL, o reforço da sua autoestima parece contribuir para a diminuição da tendência para reagir com raiva, em situações percebidas como ameaças à autoestima, indo ao encontro do sugerido por alguns

autores (340). Assim, contrariamente àqueles com CAL, se os pacientes sem AL sentirem-se mais fortes e com maior autoconfiança, poderão apresentar menos sensibilidade a estas situações (135) e, por conseguinte, sentirem menos vontade de reagir com raiva (340).

A existência de resultados diferentes entre os grupos face ao reforço da autoestima poderá relacionar-se, não apenas com este reforço em si, mas com os **mecanismos de defesa** utilizados por cada grupo face às situações que podem despoletar a raiva. Assim, é possível que esta possa diminuir ou aumentar de acordo com os mecanismos de defesa “escolhidos” porque estes mecanismos podem influenciar a sua vivência e expressão (222), e terem um papel moderador importante entre a autoestima e a raiva.

Mas poderão existir mais diferenças porque a escolha dos mecanismos de defesa, só poderá explicar em parte as alterações na sintomatologia (342) porque nos pacientes sem AL, o reforço da sua autoestima parece contribuir para uma melhoria da sua sintomatologia geral, que por sua vez poderá contribuir para a adoção de mecanismos de defesa mais adaptados (343). Isto poderá sugerir que nestes pacientes, uma perceção de si mais positiva poderá permitir uma maior capacidade para refletir nas suas experiências emocionais (mentalização) e para lidar com as situações percebidas como negativas.

A autoestima poderá ser um possível fator protetor, mas não naqueles que se autolesionam. Esta diferença poderá dever-se, em parte, à possibilidade da sintomatologia nos pacientes com CAL, poder estar relacionada com outros fatores, como as características prévias de **autodepreciação e maior tendência para a culpabilidade e remorsos** (concomitantes no seu diagnóstico de personalidade), que parecem ser mais frequentes nestes pacientes.

Estas características poderão representar uma vulnerabilidade para a remissão da sua sintomatologia tornando-a mais persistente, constante e com menos flutuações ao longo do tempo. O que poderá explicar, em parte, porque é que alguns pacientes com PB apresentam declínio na sua sintomatologia (46) e outros têm níveis elevados, constantes e recorrentes ao longo da vida (48,50), sem remissão total mesmo com intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas (46).

Outro fator, nos pacientes com CAL, poderá relacionar-se com a tentativa para **evitar situações** que possam despoletar emoções negativas, porque parecem estar associadas à gravidade dos sintomas nesta personalidade (18,60). Ao sentirem-se inadequados, culpados, com atitudes auto depreciativas, poderão estar mais vulneráveis à consciencialização do seu sofrimento, e a tentativa de evitar esse sofrimento poderá

potenciar o desenvolvimento ou o aumento dos sintomas psicopatológicos. É possível que nestes pacientes, uma intervenção ao nível deste evitamento possa ter uma maior influência na remissão da sua sintomatologia, do que apenas com o reforço da sua autoestima ou com a medicação psiquiátrica.

Assim, é possível que a difícil remissão da sintomatologia nestes pacientes com PB possa depender de diferentes fatores, de acordo com a presença ou ausência de CAL.

Adicionalmente, os dados sugerem que à medida que os pacientes sem AL vão sendo mais velhos, a raiva e a impulsividade parecem aumentar, o que não acontece nos pacientes com CAL.

É possível que a idade possa contribuir para a mudança na escolha dos mecanismos de defesa. Com a idade, os pacientes sem AL possam adquirir uma maior consciencialização, das suas experiências e consequências, o que poderá levar ao aumento da vivência da raiva, da tentativa de contenção e da sua exteriorização. Como a impulsividade parece relacionar-se com fatores internos, nomeadamente, a raiva e a culpa (205), o aumento da raiva poderá fragilizar, também, a capacidade de controlo dos seus impulsos.

Então, se não existir uma intervenção ao nível da autoestima e dos mecanismos de defesa, é possível que com a idade as dificuldades sejam potenciadas ao nível da gestão e controlo da raiva nos pacientes sem AL.

Nos pacientes com CAL, a idade parece contribuir para a diminuição da expressão da raiva, através da sua exteriorização. Isto poderá sugerir uma mudança nos seus mecanismos de defesa utilizados para lidar com a tensão emocional. Se a raiva crónica parece levar ao desenvolvimento das defesas “externalizing”, aqui poderá existir uma diminuição deste tipo de defesas.

Problema 2: *será que a gravidade do diagnóstico borderline é influenciada pela impulsividade, raiva e autoestima de forma diferente naqueles que se autolesionam (BCA)?*

A gravidade do diagnóstico PB, parece depender dos níveis de autoestima e raiva que os pacientes apresentam, mas apenas no grupo de pacientes com CAL. A literatura já tinha sugerido uma associação entre a raiva e a autoestima com os critérios PB (2,4,115) e neste estudo, quanto maior a autoestima destes pacientes menos critérios diagnósticos poderão apresentar. A autoestima parece ser o fator mais importante para explicar a gravidade do seu diagnóstico.

Como este grupo apresentou uma autoestima mais baixa, é possível que o seu reforço possa influenciar o diagnóstico PB, contribuindo para a remissão do diagnóstico borderline ou de alguns critérios PB. O que poderia explicar o motivo pelo qual os grupos não se diferenciaram no número de critérios no seu diagnóstico.

Por outro lado, o aumento da intensidade com que vivenciam a raiva (raiva estado), perante situações percebidas como negativas, parece aumentar a gravidade do diagnóstico PB, o que parece ir ao encontro da literatura (59).

Curiosamente, o fator de maior impacto na gravidade do diagnóstico (a autoestima), é também o fator mais importante para explicar o aumento do estado de raiva (o segundo fator que explica a gravidade do diagnóstico).

Ou seja, o aumento da autoestima, nos pacientes que se autolesionam, parece levar à diminuição da gravidade do diagnóstico PB, mas ao mesmo tempo, também parece contribuir, ainda que indiretamente para o seu agravamento, através do aumento da intensidade com que vivência da raiva, em situações percebidas como negativas (estado de raiva).

Este resultado poderá sugerir que, se o aumento da autoestima atuar através do aumento da intensidade da raiva, a diminuição da gravidade do diagnóstico possa ser menos significativa.

Assim, a autoestima poderá ter um efeito colateral capaz de interferir na melhoria do diagnóstico daqueles que se autolesionam. Uma forma de diluir esta interferência poderá ser uma intervenção ao nível da capacidade para lidar com as situações percebidas como negativas (que podem aumentar a vivência e intensidade da raiva), concomitantemente com o reforço da sua autoestima.

Contudo, como os mecanismos de defesa parecem influenciar não só a autoestima (147) como também a vivência e a expressão da raiva (222), é possível que estes tenham um papel importante na gravidade do diagnóstico PB, influenciando-o.

Curiosamente, nenhuma variável em estudo parece influenciar a gravidade do diagnóstico dos pacientes sem AL e não foi encontrado suporte na literatura que permita uma explicação para esta diferença entre os grupos, o que poderá sugerir que o seu diagnóstico PB poderá ser influenciado por outras variáveis, tal como pelo mecanismo de evitamento das experiências internas negativas (60) que parece influenciar negativamente o diagnóstico BP (18,59).

A impulsividade não teve impacto na gravidade do diagnóstico, em qualquer um dos grupos, contrariamente ao sugerido por Links et al (12). Poderá ser que não sejam estas as dimensões da impulsividade (avaliadas pelo BIS-11) que influenciam o seu diagnóstico, ou os fatores internos que parecem estar presentes na impulsividade da PB, nomeadamente a culpa e a raiva (205), possam ser mais importantes para explicar a gravidade do diagnóstico.

Problema 3: *será que a impulsividade, a raiva e a autoestima têm impacto na explicação da frequência de autolesões nesta amostra?*

Os dados deste estudo sugerem que a **impulsividade** seja um potencial fator de risco para o aumento da frequência das AL, indo ao encontro da literatura (54,179,200,204,344), quando comparado com a raiva ou a autoestima.

Como estes pacientes não se mostraram impulsivos, poderá ser que a impulsividade ocorra apenas nalguns momentos (345), tais como em situações de perda ou de percepção de rejeição, já descritas como um fator de risco elevado para o CAL nesta perturbação da personalidade (346). E as autolesões que estes pacientes referem parecem ter características compatíveis com as AL episódicas ou esporádicas.

Parece existir evidência de que, apesar da presença da impulsividade, o CAL possa desaparecer (23). O que poderá sugerir que a impulsividade por si só não seja suficiente para despoletar o CAL. O que já foi sugerido por outros autores (197). É possível que esta seja importante para explicar a frequência das AL quando associada a outros fatores subjacentes, que possam contribuir para o seu aumento, como por exemplo, a negative urgency (347) ou a ansiedade (348-351).

A “negative urgency”, é uma dimensão da impulsividade que parece ser a que melhor se relaciona com o CAL (197,198,352-354) e traduz-se por uma resposta à vivência de um estado emocional negativo e acentuado (354) como a raiva, a culpa, tristeza ou medo (347). A tensão emocional crescente e intensa (“arousal”), é que parece facilitar a passagem da pressão para agir ao agir impulsivo (347), e o CAL parece surgir imediatamente após esta pressão (107,355).

A percepção de rejeição ou abandono parece ser influenciada pelos mecanismos de defesa utilizados (146) e esta percepção vai ativar estados emocionais negativos intensos, que poderão interferir na capacidade de pensar, e conseqüentemente, na capacidade de controlo motor e de previsão das conseqüências do seu comportamento (duas dimensões avaliadas pelo BIS-11). Como a falta de premeditação poderá estar relacionada com a negative urgency (199), poderá ser possível que quando em presença da tensão emocional intensa, estas dimensões da impulsividade possam ser potenciadas.

A **autoestima** não se mostrou importante para explicar a frequência das AL, mas a predisposição para a autodepreciação e culpabilidade poderá ter um papel importante na explicação do CAL, uma vez que já foi sugerido que a culpa poderá levar à vontade de

autopunição (297,356) como uma forma de lidar com a tensão interna ou angústia emocional vivenciada (303).

Apesar destes pacientes terem referido vivenciar **raiva** e dificuldade em controlá-la nos momentos em que se auto lesionavam, indo ao encontro da literatura (156), a raiva não parece ter um papel importante na explicação da frequência do seu CAL. É possível que a associação entre a raiva e o CAL possa ser moderada por fatores que influenciam a sua vivência e a sua expressão, como parece ser o exemplo dos mecanismos de defesa (222).

A associação entre a raiva e o CAL também poderá ser influenciada pela sintomatologia, como a ansiedade e a depressão, que parecem ser despoletadas pela raiva (215, 223).

Em relação à importância da **sintomatologia** na remissão do CAL (46,357), esta não se mostrou importante para explicar a frequência de AL. Uma possível explicação é que a sintomatologia poderá influenciar o CAL apenas indiretamente. Como exemplo, a combinação da raiva com a ansiedade poderá ser um gatilho para despoletar a impulsividade, face às emoções intensas que vivenciam (358).

Outro dado que este estudo sugere é que, contrariamente aqueles que não têm AL, com a idade estes pacientes com CAL tendem a expressar e a exteriorizar menos a raiva, sugerindo um maior controlo a nível do agir. Como não parece ter impacto sobre a vivência da raiva, é possível que esta esteja dependente dos mecanismos de defesa utilizados (222). Devido ao seu CAL é possível que tenham mais frequentemente apoio psicoterapêutico e, com o tempo, aprendam a lidar melhor com a raiva.

A função que os pacientes atribuem às AL e a frequência com que ocorrem poderá ter, em parte, um papel na sua remissão. As AL episódicas poderão ajudar a explicar o motivo da AL parecer diminuir com o tempo (263), porque ao contrário das AL repetitivas, estas poderão ter uma possibilidade maior de permitir a aprendizagem de estratégias alternativas e impedir uma função (atribuída às AL) mais enraizada na vida dos pacientes, e facilitar a sua remissão. Se assim for, estes pacientes com CAL poderão ter uma maior possibilidade de remissão deste comportamento.

4.1. Limitações do estudo

Existem várias limitações neste estudo que devem ser consideradas na leitura dos resultados:

1) O tamanho da amostra, apesar dos resultados significativos, não permite a generalização dos dados, pois representa apenas os pacientes com PB de um serviço de psiquiatria específico, nem permite chegar a conclusões definitivas.

2) Da literatura pesquisada, este é o primeiro estudo centrado nas diferenças entre sujeitos borderline com e sem autolesões, focando a impulsividade, a raiva e a autoestima. Por este motivo, não é possível comparar resultados e examinar diferenças.

3) A amostra era constituída por diversos sujeitos que: a) estavam sem prescrição farmacológica e sem intervenção psicoterapêutica, b) sem prescrição, mas em psicoterapia, c) com medicação e sem apoio psicoterapêutico ou d) com ambos, e) estavam em regime de ambulatório, f) hospital de dia ou g) em primeira consulta. Isto revela que estavam em diferentes fases do processo de intervenção.

Esta situação poderá ter influenciado os resultados ao nível das diferenças encontradas entre os grupos. Contudo, devido à gravidade desta patologia e à sua presença numa unidade psiquiátrica, é de esperar não ser possível encontrar sujeitos sem qualquer intervenção médica ou psicológica, ou selecionar apenas aqueles que estivessem na mesma fase com a mesma intervenção, porque reduziria, ainda mais, a dimensão da amostra deste estudo. Recolher a amostra em primeira consulta, antes de qualquer tipo de intervenção, seria uma forma de controlar a possível interferência que as diferentes fases e intervenções possam causar nos resultados, quer seja pelos efeitos da medicação quer pelas estratégias aprendidas e melhor conhecimento de si próprio.

4) Os dados recolhidos que se basearam nos relatos dos sujeitos, nomeadamente e como exemplo, ao nível dos critérios de exclusão, das experiências vivenciadas, das

características das autolesões, que sugerem a dificuldade de controlo dos impulsos, e o número de episódios, não puderam ser confirmados. A utilização de uma escala para medir as autolesões poderia ter sido mais importante do que a entrevista. Contudo, o seu preenchimento também estaria sujeito à subjetividade tal como a entrevista.

5) A escala RSES baseia-se na percepção de cada sujeito, pois é isso mesmo que a escala avalia. Mas sendo uma avaliação subjetiva do sujeito acerca daquilo que sente em relação a si próprio pode sofrer a influência de acontecimentos e enviesar os dados. A PB é muito sensível aos acontecimentos e tem tendência a percecioná-los de forma negativa influenciando, por sua vez, a sua percepção de si e dos outros. Assim, esta tendência para a negatividade poderá ter influenciado o nível de autoestima. Contudo, salienta-se que estas provas foram as mais adequadas para medir as variáveis em estudo, visto que se pretendia avaliar a experiência interna, tal como a raiva e o valor que atribuíam a si próprios.

6) Ao fazer-se uma análise dos estudos verificou-se vários fatores como: serem utilizadas metodologias diferentes, existirem várias definições que remetem para dimensões diferentes, os sujeitos serem recrutados em contextos diferentes (ex. clínica, estabelecimentos prisionais, comunidade) e poderem ter características diferentes, bem como, não estarem nas mesmas faixas etárias. O que torna difícil a comparação de resultados. A literatura acerca das características desta personalidade apresenta alguns resultados contraditórios, que poderá dever-se a questões conceptuais ou metodológicas, mas que torna mais difícil o seu estudo, e a comparação dos resultados.

7) Os dados recentes na literatura apontam para que a dimensão da impulsividade “negative urgency” possa diferenciar aqueles que se autolesionam (204), mas a prova utilizada neste estudo não inclui esta dimensão e esta avaliação poderia ser importante neste trabalho, concomitantemente com o BIS-11.

8) Outra limitação foi o facto de não ter sido possível constituir vários grupos. Um grupo de pacientes com, apenas, episódios autolesivos e ausência de tentativas de suicídio, outro grupo apenas com tentativas de suicídio, e um terceiro grupo sem tentativas de suicídio e

sem autolesões, para esclarecer de forma mais clara quais os fatores mais frequentes no BCA. No entanto, a frequente concomitância destes dois comportamentos autoagressivos nesta patologia da personalidade, torna mais difícil formar um grupo com autolesões e sem história de tentativas de suicídio, ou um grupo sem qualquer uma destas formas de comportamento autoagressivo.

9) A avaliação clínica de comorbilidades de eixo I, para além do SCL90, poderia ter dado mais informação e possíveis interferências nos resultados.

10) Não ter sido incluída na análise o estado civil e situação profissional, pois estes poderiam eventualmente explicar algumas diferenças.

11) Os critérios de exclusão, bem como a escolha do DSM-IV para realizar o diagnóstico de perturbação da PB poderá ter limitado bastante a recolha da amostra, e por consequência o seu tamanho.

12) Não ter sido registado o número de pacientes excluídos pelos psicólogos e psiquiatras na sinalização dos pacientes, por critérios insuficientes ou pelos critérios de exclusão, o que possibilitaria a informação de quantos pacientes poderiam ter sido recrutados para este estudo.

13) Sendo um estudo transversal, os dados encontrados apenas podem sugerir possíveis fatores que podem contribuir para a ocorrência ou inibição de autolesões. Como este parece ser o primeiro estudo que analisa o impacto destas variáveis entre os grupos e nas autolesões, estes dados carecem de confirmação através de uma amostra mais representativa e de estudos longitudinais.

14) Apesar das variáveis em estudo serem a impulsividade, a raiva e a autoestima, poderia ter-se incluído as autolesões no modelo da gravidade do diagnóstico, bem como a idade.

15) Apesar de muitos outros fatores terem sido associados ao CAL apenas se estudaram a raiva, a autoestima e a impulsividade. Poderia ter sido interessante avaliar a culpabilidade destes pacientes e analisar a sua relação e impacto com as AL, contudo na altura do início da recolha dos dados não foram encontradas provas adequadas.

5. Conclusão

"The value of the scientific method is not to allow us to find hidden answers, rather, it helps to eliminate possibilities and reduce uncertainty to increasingly manageable levels"
(Tryon, 1991, citado em Mruk, 293, p.58)

Existe pouca evidência científica acerca da distinção destes pacientes com e sem comportamento autolesivo. Na realidade, não é claro porque, nesta patologia da personalidade, uns pacientes se autolesionam e outros não, tendo características borderline semelhantes.

Apesar de alguns resultados serem de difícil discussão, dadas as limitações ao nível da literatura, a análise dos modelos revelou dados interessantes. Os resultados obtidos, face aos problemas deste estudo, vão no sentido de que parecem existir diferenças entre os grupos de acordo com a ausência ou presença de CAL.

As possíveis diferenças encontradas neste estudo sugerem que aqueles que se autolesionam possam ter uma maior predisposição para serem autodepreciativos, para sentirem culpabilidade e remorsos, e para desconfiarem da fidelidade do parceiro. Estas características poderão ser uma vulnerabilidade para a sua autoestima e ajudar a explicar o motivo desta ser ainda mais baixa. Enquanto os pacientes sem AL parecem culpabilizar e desconfiar dos outros com maior frequência. Estas características poderão influenciar a forma como cada grupo percebe os outros e as situações.

O reforço da autoestima parece ter resultados diferentes de acordo com a presença ou ausência de AL. Assim, nos pacientes sem AL, o reforço da sua autoestima parece levá-los a diminuir a tendência para reagir com raiva quando sentem a sua autoestima ameaçada, e também parece contribuir para a diminuição da sua sintomatologia. Enquanto nos pacientes com CAL este reforço parece levar ao aumento da vivência da raiva e da tendência para a exteriorizar.

Com a idade, aqueles que se autolesionam parecem melhorar a sua capacidade para lidar com a raiva, enquanto na ausência de AL, os pacientes, com a idade, parecem apresentar maior dificuldade em lidar com a raiva, apresentando um aumento da sua vivência, da sua contenção e exteriorização, e ainda, um aumento da impulsividade.

Nenhuma variável em estudo parece contribuir para a explicação da gravidade do diagnóstico borderline dos pacientes sem CAL. Mas nos pacientes com AL, a autoestima parece contribuir diretamente para a diminuição da gravidade do seu diagnóstico, enquanto indiretamente parece agrava-lo, através do aumento da vivência da raiva.

A impulsividade parece explicar a frequência das autolesões, parecendo contribuir para o aumento ou manutenção deste comportamento.

Todas estas características parecem sugerir que a impulsividade, a raiva e a autoestima, independentemente dos seus níveis, possam ter um efeito diferente nestes pacientes testados, de acordo com a presença ou ausência de autolesões.

A confirmarem-se, estes dados poderão ter implicações clínicas importantes.

Face ao reforço da autoestima, a raiva poderá aumentar ou diminuir de acordo com os mecanismos de defesa utilizados, porque estes poderão influenciar a vivência e expressão da raiva. Mas a intervenção ao nível dos mecanismos de defesa poderá constituir um desafio porque a mudança necessária nas defesas dependerá das estratégias que os clínicos escolherem, e essa escolha poderá levar a resultados diferentes, de acordo com a presença ou ausência de CAL.

Os mecanismos de defesa também parecem influenciar a forma como os pacientes percecionam os eventos e os outros, e de acordo com os mecanismos utilizados, esta percepção poderá ser afetada negativamente.

A intervenção ao nível da sintomatologia também poderá necessitar de estratégias diferentes. Se a diminuição da sintomatologia depender em parte do reforço da autoestima, como nos pacientes sem AL, poderá haver menos dificuldade na remissão dos sintomas psicopatológicos. Mas, se esta diminuição puder estar mais ligada a uma predisposição para a autodepreciação e culpabilidade, poderá existir uma maior dificuldade na remissão da sintomatologia.

A intervenção no CAL poderá ter de passar por outros fatores subjacentes, como é o caso dos mecanismos de defesa que poderão moderar não só a relação entre a autoestima e a raiva, mas também entre a raiva e o CAL.

O tipo de AL apresentado (esporádicas ou recorrentes), bem como a função que ocupam na vida da pessoa, poderão ser informações úteis na intervenção do CAL, permitindo avaliar a probabilidade de remissão ou de manutenção deste comportamento.

Várias questões se colocam:

- Será que a predisposição para a autodepreciação e tendência para a culpabilidade possam ser uma vulnerabilidade para a tendência para a supressão da raiva (uma vez que esta supressão está ligada à transformação da raiva em culpabilidade)?

- Será que a direção da culpabilidade (projetada nos outros ou interiorizada) poderá ser um factor com maior peso do que a raiva, na escolha do CAL como estratégia?
- Terão os pacientes com autolesões uma sensibilidade mais acentuada à rejeição?
- Que mecanismos de defesa (primários e secundários) são ativados perante a percepção de rejeição ou abandono nos pacientes com e sem autolesão?

Em estudos futuros seria interessante avaliar a direção da culpa, a “negative urgency”, e os mecanismos de defesa para analisar possíveis diferenças entre estes grupos.

Apesar das limitações, o estudo chama a atenção para a necessidade de se distinguir estes pacientes no sentido de compreender porque uns apresentam CAL e outros não. O conhecimento das diferenças entre estes pacientes poderá contribuir para uma melhor identificação daqueles que poderão estar em maior risco de desenvolver ou de manter as autolesões.

6. Referências bibliográficas

- (1) Bergeret J, Reid W. (eds.) *Narcisismo e estados-limite* (Trad. Portuguesa). Lisboa: Escher; 1991.
- (2) Millon T, Davis RD. *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons; 1996.
- (3) Rodrigues VA, Gonçalves L. *Patologia da personalidade: Teoria, clínica e terapêutica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1998.
- (4) American Psychiatric Association. *DSM-IV- TR: Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais* (4^aed.). Lisboa: Climepsi; 2002.
- (5) Gabbard GO. (ed.) *Psiquiatria psicodinâmica: Baseado no DSM-IV* (2^a ed). Porto Alegre: Artmed; 1998.
- (6) Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. (eds.) *Transtornos de la personalidad en la vida moderna* (2nd ed). Barcelona: Masson; 2006.
- (7) Gradillas V. *Trastornos de la personalidad en la práctica médica*. Barcelona: Masson; 2002.
- (8) Kernberg O. *Transtornos graves de personalidad*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- (9) Neto I, Dinis C. Patologia limítrofe. Organização borderline da personalidade. Personalidade borderline. Estados limite. Síndrome borderline. Ou os trabalhos de hercules dos psiquiatras. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. 1994; 6(4-8); 45-61.
- (10) Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology*. 1992; 101: 432-440.

- (11) Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*. 2002; 51(12): 936-950.
- (12) Links PS, Heslegrave R, Reekun RV. Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 1999; 13(1): 1-9.
- (13) Carpenter RW, Trull TJ. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Report*. 2013; 15: 335.
- (14) Hollander E. *Treating impulsivity in impulse control and personality disorders*. [Lecture]. Impulsivity, aggression and suicide: Versatility of lithium and mood stabilizers (part I & II). APA 156th annual meeting. San Francisco, California, 2003.
- (15) Sanislow CA, Morey LC, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE, et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002; 105: 28–36.
- (16) Stanley B, Siever LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model. *American Journal of Psychiatry*. 2010; 167: 24-39.
- (17) Rüsch N, Lieb K, Gottler I, Hermann C, Schramm E, Richter H, et al. Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164: 500-508.
- (18) Rosenthal MZ, Cheavens JS, Lejuez CW, Lynch TR. Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43: 1173–1185.
- (19) Stepp SD, Pilkonis PA, Hipwell AE, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Stability of borderline personality disorder features in girls. *Journal of Personality Disorders*. 2010; 24(4): 460-472.

- (20) Keinanen MT, Johnson JG, Richards ES, Courtney EA. A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2012; 26 (1): 65-91.
- (21) Laporte L, Paris J, Russell J, Guttman H. Psychopathology, trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *Journal of Personality Disorders*. 2011; 25: 448–462.
- (22) Chabrol H, Chouicha K, Montovani A, Callahan S. [Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: Study of a series of 35 patients]. *Encephale*. 2001; 27(2): 120-127.
- (23) Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo C, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 68(8): 827-837.
- (24) Rusch KM, Guastello SJ, Mason PT. Differentiating symptom clusters of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 1992; 48(6): 730-738.
- (25) Herpertz S, Steinmeyer SM, Marx D, Oidtman A, Sass H. The significance of aggression and impulsivity for self-mutilative behaviour. *Pharmacopsychiatry*. 1995; 28(suppl 2): 64-72.
- (26) Jeffery D, Warm A. A study of service providers understanding of self-harm. *Journal of Mental Health*. 2002; 11(3): 295-303.
- (27) Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(11): 1783-1793.
- (28) Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker FX, Schwarz B, Wernz M, et al. Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*. 2000; 95: 251-260.
- (29) Kjellander C, Bongar B, King A. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 1998; 19(3): 125-135.

- (30) Biskin RS, Paris J, Renaud J, Raz A, ZelKowitz P. Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *Journal Canadian Academy Child Adolescent Psychiatry*. 2011; 20(3): 168-174.
- (31) Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology*. 2008; 28(6): 969-981.
- (32) Crick NR, Murray-Close D, Woods K. Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 2005; 17: 1051–1070.
- (33) Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157: 2011-2016.
- (34) Levy KN, Becker DF, Grilo CM, Mattanah JJF, Garnet KE, Quinlan DM, Edell WS, McGlashan TH. Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156: 1522-1528.
- (35) Mattanah JJF, Becker DF, Levy KN, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152: 889–894.
- (36) Sharp C, Romero C. Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2007; 71: 85-114.
- (37) Tragesser SL, Solhan M, Brown WC, Tomko RL, Bagge C, Trull T. Longitudinal associations in borderline personality disorder features: Diagnostic interview for borderlines-revised (DIB-R) scores over time. *Journal of Personality Disorders*. 2010; 24(3): 377-391.
- (38) Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S, Falissard B, Pham-Scottez A, Corcos M. ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2011; 11: 158. Available from: DOI: 10.1186/1471-244X-11-158.

- (39) Gunderson JG, Bender D, Sanislow CA, Yen S, Rettew JB, Dolan-Sewell R, et al. Plausibility and possible determinants of sudden “remissions” in borderline patients. *Psychiatry*. 2003; 66(2): 111-119.
- (40) Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang MPB, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69: 533–545.
- (41) Oldham JM. Borderline personality disorder: The treatment dilemma. *Journal of Psychiatric Practice*. 2004; 10 (3): 204-206.
- (42) Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2001; 42: 482– 487.
- (43) Zanarini MC, Frankenberg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 2010; 167: 663–667.
- (44) Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*. 2005; 19: 505-523.
- (45) Zanarini MC, Frankenberg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163: 827–832.
- (46) Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-Year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161: 2108-2114.
- (47) Shea MT, Edelen MO, Pinto A, Yen S, Gunderson JG, Skodol AE, et al. Improvement in borderline personality disorder in relationship to age. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009; 119(2): 143-148.

- (48) Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(6): 929-35.
- (49) Gunderson JG. Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(11): 1637-1640.
- (50) Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sicket AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155: 1733-1739.
- (51) Herpertz S, Sass H, Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatry Research*. 1997; 31 (4): 451-65.
- (52) Sampson E, Mukherjee S, Ukoumunne OC, Mullan N, Bullock T. History of deliberate self-harm and its association with mood fluctuation. *Journal of Affective Disorders*. 2004; 79: 223–227.
- (53) Claes L, Muehlenkamp J, Vandereycken W, Hamelinck L, Martens H, Claes S. Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences*. 2010; 48: 83–87.
- (54) Simeon D, Stanley B, Frances A, Mann JJ, Winchel R, Stanley M. Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*. 1992; 149(2): 221-226.
- (55) Kholing J, Ehrental JC, Levy KN, Schauuenburg H, Dinger U. Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2015; 37: 13-25.
- (56) Skodol AE, Gunderson J, McGlashan T, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: 276 –283.

- (57) Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, McGlashan TH, Zanarini MC, Shea MT, et al. Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *American Psychiatry*. 2006; 163: 822-826.
- (58) Kvarstein EH, Karterud S. Large variations of global functioning over five years in treated patients with personality trait and disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2012; 26(2): 141-161.
- (59) Cheavens JS, Rosenthal MZ, Daughters SD, Novak J, Kosson D, Lynch TR, et al. An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: The role of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43: 257–268.
- (60) Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal Abnormal Psychology*. 2006; 115: 850-855.
- (61) Lenzenweger MF, Lane M, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Biological Psychiatry*. 2007; 62: 553–564.
- (62) Korfine L, Hooley J. Detecting individuals with borderline personality disorder in the community: An ascertainment strategy and comparison with a hospital sample. *Journal of Personality Disorders*. 2009; 23(1): 62-75.
- (63) Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162: 1911-1918.
- (64) Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Webb SP. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49: 380-386.
- (65) Frankenburg FR, Zanarini MC. The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health related lifestyle choices, and costly forms of health care. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004; 65(12):1660-1665.

- (66) Hollander E. *Very bad behaviors*. The impulsive aggressive spectrum: Challenging populations. APA annual meeting. New Orleans, 2001.
- (67) Panfilis CD, Marchesi C, Cabrino C, Monici A, Politi V, Rossi M, et al. Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care for borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 2012; 200: 422-429.
- (68) New AS, Triebwasser J, Charney DS. The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. *Biological Psychiatry*. 2008; 64: 653-659.
- (69) Skodol AE, Bender DS. Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly*. 2003; 74: 349–360.
- (70) Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Comprehensive Psychiatry*. 2003; 44(4): 284-292.
- (71) Barnow S, Herpertz SC, Spitzer C, Stopsack M, Preuss UW, Grabe HJ, et al. Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*. 2007; 40: 369 –378.
- (72) Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*. 2001; 58: 590-596.
- (73) Bresin K, schoenleber M. gender differences in the prevalence of non-suicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2015; 38: 55-64.
- (74) Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personal Disorders*. 1990; 4: 257-272.
- (75) Zlotnick C, Rothschild L, Zimmermann M. The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2002; 16(3): 277-282.

- (76) Tadic A, Wagner S, Hoch J, Baskaya O, Von Cube R, Skaletz C, et al. Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2009; 42(4): 257-263.
- (77) Goodman M, Patel U, Oakes A, Matho A, Triebwasser J. Developmental trajectories to male borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2013; 27(6): 764-782.
- (78) Goodman M, New A. Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2000; 2(1): 56-61.
- (79) Romero-Canyas R, Downey G. Rejection sensitivity as a predictor of affective and behavioral responses to interpersonal stress: A defensive motivational system. In: Kipling DW, Forgas JP, Hippel W. (eds.) *The social outcast: ostracism, social exclusion, rejection, and bullying*. Sydney Symposium of Social Psychology series. New York: Psychology Press; 2005. p. 131-154.
- (80) Pietrzak J, Downey G, Ayduk O. Rejection sensitivity as an interpersonal vulnerability. In: Baldwin M. (ed.) *Interpersonal cognition*. New York: Guilford Press; 2005. p. 62–84.
- (81) Downey G, Feldman S. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 70(6): 1327-1343.
- (82) Berenson KR, Gyurak A, Downey G, Ayduk O, Mogg K, Bradley B, et al. Rejection sensitivity and disruption of attention by social threat cues. *Journal of Research in Personality*. 2009; 43: 1064–1072
- (83) Stiglmayr CE, Grathwol T, Linehan MM, Ihorst G, Fahrenberg J, Bohus M. Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005; 107: 124-131.
- (84) Links PS, Eynan R, Heisel MJ, Barr A, Korzekwa M, McMain S, Ball JS. Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*. 2007; 21: 72–86.

- (85) Sadikaj G, Russel JJ, Moskowitz DS, Paris J. Affect dysregulation in individuals with borderline personality disorder: Persistence and interpersonal triggers. *Journal of Personality Assessment*. 2010; 92(6): 490-500.
- (86) Maltzberger JT, Lovett CG. Suicide in borderline personality disorder. In: Silver D, Rosenblut, M. (eds) *Handbook of borderline disorders*. Madison: Connecticut: IUP; 1992. p.335-387.
- (87) Reisch T, Ebner-Priemer UW, Tschacher W, Bohus M, Linehan MM. Sequences of emotions in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008; 118: 42-48.
- (88) Clifton A, Pilkonis PA. Evidence for a single latent class of diagnostic and statistical manual of mental disorders borderline personality pathology. *Comprehensive Psychiatry*. 2007; 48: 70 –78.
- (89) Montigny-Malenfant B, Santerre M-E, Bouchard S, Sabourin S, Lazaridès A, Bélanger C. Couples' negative Interaction behaviors and borderline personality disorder. *American Journal of Family Therapy*. 2013; 41(3): 259-271.
- (90) Ryan K, Shean G. Patterns of interpersonal behaviors and borderline personality characteristics. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42: 193-200.
- (91) Leihener F, Wagner A, Haaf B, Schmidt C, Lieb K, Stieglitz R, et al. Subtype differentiation of patients with borderline personality disorder using a circumplex model of interpersonal behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003; 19: 248–254.
- (92) Ekdahl S, Idvall E, Samuelsson M, Perseus K-I. A life tiptoeing: Being a significant other to persons with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011; 25(6): 69-76.
- (93) Porr V. BPD family psychoeducation: Collaborating for change. Developing family members as clinical allies. *Journal of Personality Disorders*. 2011; supplement.
- (94) Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*. 2005; 17: 959–986.

- (95) Coifman KG, Berenson KR, Rafaeli E, Downey G. From negative to positive and back again: Polarized affective and relational experience in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012; 121: 668-79.
- (96) Johnson M. Active and passive maladaptive behaviour patterns mediate the relationship between contingent self-esteem and health. *Personality and Individual Differences*. 2011; 51: 178-182.
- (97) Stein KF. Affect instability in adults with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1996; 10(1): 32-40.
- (98) Tragesser SL, Solhan M, Schwartz-Mette R, Trull TJ. The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features. *Journal of Personality Disorders*. 2007; 21(6): 603–614.
- (99) Domes G, Schulze L, Herpertz SC. Emotion recognition in borderline personality disorder: A review of the literature. *Journal Personality Disorders*. 2009; 23: 6-19.
- (100) Wagner AW, Linehan MM. Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: Implications for emotion regulation? *Journal Personality Disorders*. 1999;13: 329 –344.
- (101) Koenigsberg HW, Siever LJ, Lee H, Pizzarello S, New AS, Goodman M, et al. Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 2009; 172: 192–9.
- (102) Lynch TR, Rosenthal MZ, Kosson DS, Cheavens JS, Lejuez CW, Blair RJ. Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*. 2006; 6: 647-655.
- (103) Cowdry RW, Gardner DL, O'Leary KM, Leibenluft E, Rubinow DR. Mood variability: A study of four groups. *American Journal of Psychiatry*. 1991; 148: 1505–1511.
- (104) Ebner-Priemer UW, Kuo J, Kleindienst N, Welch SS, Reisch T, Reinhard I, et al. State affective instability in borderline personality disorder assessed by momentary monitoring. *Psychological Medicine*. 2007; 4: 1-10.

- (105) Trull TJ, Solhan MB, Tragesser SL, Jahng S, Wood PK, Piasecki TM, et al. Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008; 117: 647-661.
- (106) Yen S, Zlotnick C, Castello E. Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002; 190(10): 693-696.
- (107) Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*. 2007; 37(8): 1183-1192.
- (108) Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behaviour in personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151: 1316-1323.
- (109) Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003; 10: 192-205.
- (110) Ramirez JM, Andreu JM. Aggression and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity): Some comments from a research project. *Neuroscience & Behavioral Reviews*. 2006; 30(3): 276-291.
- (111) Nica EI, Links PS. Affective instability in borderline personality disorder: Experience sampling findings. *Current Psychiatry Report*. 2009; 11: 74-81.
- (112) Trull TJ. Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *Journal of Abnormal Psychology*. 2001; 110: 471-478.
- (113) Distel MA, Willemsen G, Ligthart L, Derom CA, Martin NG, Neale MC, et al. Genetic covariance structure of the four main features of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2010; 24(4): 427-444.
- (114) Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, Schmeidler J, New AS, Goodman M, et al. Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: 784-788.

- (115) Zeigler-Hill V, Abraham J. Borderline personality features: Instability of self-esteem and affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2006; 25: 668-687.
- (116) Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004; 364: 453-461.
- (117) Paris J. Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004; 12: 140–145.
- (118) Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, New AS, Goodman M, Silverman J, et al. Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *Journal of Personality Disorders*. 2001; 15(4): 358-370.
- (119) Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153: 752–757.
- (120) Larsen RJ, Diener E. Affect intensity as an individual difference characteristic: A review. *Journal of Research in Personality*. 1987; 21: 1-39.
- (121) Bland AR, Williams CA, Scharer K, Manning S. Emotion processing in borderline personality disorders. *Issues Mental Health Nursing*. 2004; 25: 655–72.
- (122) Levine D, Marziali E, Hood J. Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997; 185: 240–6.
- (123) Barrett LF. Feelings or words? Understanding the content in self-report ratings of experienced emotion. *Journal Personality and Social Psychology*. 2004; 87: 266–81.
- (124) Mruk CJ. (ed.) *Self-esteem: Research, Theory and practice* (3rd ed). New York: Springer Publishing Company; 2006.
- (125) Rosenberg M. (ed.) *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.

- (126) Pelham BW. Self-investment and self-esteem: Evidence for a Jamesian model of self-worth. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995; 69: 1141–1150.
- (127) Pelham BW, Swann WB. From self-conceptions to self-worth: On the sources and structures of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 57: 672-680.
- (128) Chapman AL, Dixon-Gordon KL, Walters KN. Experiential avoidance and emotion regulation in Borderline personality disorder. *Journal of Rational- Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2011, 29: 35-52.
- (129) Kernis MH. Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*. 2003; 14(1): 1-26.
- (130) Kernis M, Cornell D, Sun C, Berry A, Harlow T. There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Personality Processes and Individual Differences*. 1993; 65(6): 1190–1204.
- (131) Purdie V, Downey G. Rejection sensitivity and adolescent girls' vulnerability to relationship-centered difficulties. *Child Maltreatment*. 2000; 5: 338–349.
- (132) Downey G, Feldman S. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 70(6): 1327-1343.
- (133) Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*. 2003; 4: 1-44.
- (134) Anthony DB, Wood JV, Holmes JG. Testing sociometer theory: Self-esteem and the importance of acceptance for social decision-making. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2007; 43: 425-432.
- (135) Nezlek JB, Kowalski RM, Leary MR, Blevins T, Holgate S. Personality moderators of reactions to interpersonal rejection: Depression and trait self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1997; 23(12): 1235–1244.

- (136) Kernis MH. Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*. 2005; 73: 1569–1605.
- (137) Meier LL, Orth U, Denissen JJA, Kühnel A. Age differences in instability, contingency, and level of self-esteem across the life span. *Journal of Research in Personality*. 2011; 45: 604–612.
- (138) Nezlek JB, Plesko RM. Day-to-day relationships among self-concept clarity, self-esteem, daily events, and mood. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2001; 27: 201–211.
- (139) Wu CS, Liao CS, Lin KM, Tseng MM, Wu EC, Liu SK. Multidimensional assessments of impulsivity in subjects with history of suicidal attempts. *Contemporary Psychiatry*. 2009; 50(4): 315–321.
- (140) Leary MR. Making sense of self-esteem. *Psychological Science*. 1999; 8: 32–35.
- (141) Ayduk O, Downey G, Kim M. Rejection sensitivity and depressive symptoms in women. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2001; 27: 868–877.
- (142) Leary MR. Functions of the self in interpersonal relationships: What does the self actually do? In: Wood JV, Tesser A, Homes JG. (eds.) *The self and social relationships*. New York: Psychology Press; 2008. p. 95–115.
- (143) Velt EMJH, Vingerhoets AJJM, Denollet J. Attachment style and self-esteem: The mediating role of type D personality. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50: 1099–1103.
- (144) Papps B, O'Carroll RE. Extremes of self-esteem and narcissism and the expression of anger and aggression. *Aggressive Behavior*. 1998; 24: 421–438.
- (145) Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults. A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61:226–244.

- (146) Zeigler-Hill V, Chadha S, Osterman L. Psychological defense and self-esteem instability: Is defense style associated with unstable self-esteem? *Journal of Research in Personality*. 2008; 42: 348-364.
- (147) Baumeister RF, Dale K, & Sommer KL. Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: Reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *Journal of Personality*. 1998; 66: 1081-1124.
- (148) Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, Leimberg ML, Martinez MA, Vallarino V, Hidalgo L. Assessment of self-esteem in mid-aged women. *Maturitas*. 2010; 66: 77-82.
- (149) Orth U, Trzesniewski KH, Robins RW. Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2010; 98(4): 645-658.
- (150) Salmivalli C. Feeling good about oneself, being bad to others: Remarks on self-esteem, hostility, and aggressive behavior. *Aggression and Violent Behavior*. 2001; 6: 375-393.
- (151) DuBois DL, Flay RR. The healthy pursuit of self-esteem: Comment on an alternative to Crocker and Park (2004) formulation. *Psychological Bulletin*. 2004; 130(3): 415-420.
- (152) Tolpin LH, Gunthert KC, Cohen LH, O'Neill S. Borderline personality features and instability of daily negative affect and self-esteem. *Journal of Personality*. 2004; 72(1): 111-138.
- (153) Mutlu T, Baldag Z, Cemrek F. The role of self-esteem, locus of control and big five personality traits in predicting hopelessness. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010; 9: 1788-1792.
- (154) Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41: 509-528.
- (155) Pruessner JC, Hellhammer DH, Kirschbaum C. Low self-esteem induced failure and adrenocortical stress response. *Personality and Individual Differences*. 1999; 27: 477-489.

- (156) Stiglmayr CE, Bischof J, Albrecht V, Parzig N, Scheuer S. The experience of tension in patients with borderline personality disorder compared to other patient groups and healthy controls. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2008; 27(5): 425-446.
- (157) Richter A, Ridout N. Self-esteem moderate's affective reactions to briefly presented emotional faces. *Journal of Research in Personality*. 2011; 45: 328-331.
- (158) Klonsky, ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27(2): 226-239.
- (159) Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1995; 51: 768–774.
- (160) Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990; 58(1): 95-102.
- (161) Barratt ES. Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In: McCowan W, Johnson J, Shure M. (eds.) *The impulse client: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American psychological association; 1993. p. 39-56.
- (162) Abreu JLP. *Introdução à psicopatologia compreensiva* (2ªed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1997.
- (163) Coles ME. Impulsivity in major mental and personality disorders. In: Webster CD, Jackson MA. (eds.) *Impulsivity*. New York: Guilford; 1997. p.180-194.
- (164) Enticott PG, Ogloff JR. Elucidation of impulsivity. *Australian Psychologist*. 2006; 41: 3–14.
- (165) Favaro A, Santonastaso P. Impulsive and compulsive self-injurious behaviour in bulimia nervosa: Prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998; 18(3): 157-165.

- (166) Hollander E. *Identifying the spectrum of impulse control disorders*. [Lecture] APA annual meeting New York: 2004.
- (167) Hollander E, Stein DJ. (eds.) *Clinical manual of impulse-control disorders*. American Psychiatric Publishing; 2006.
- (168) Lacey JH, Evans CDH. The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*. 1986; 81(5): 641–649.
- (169) Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*. 2010; 178: 101-105.
- (170) Nagata T, Kawarada Y, Kiriike N, Iketani T. Multi-impulsivity of Japanese patients with patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Research*. 2000; 94: 239-250.
- (171) Webster CD, Jackson MA. (eds.) *Impulsivity*. New York: Guilford; 1997.
- (172) Helmers FK. Impulsivity. In: Kazin AE. (ed.) *Encyclopedia of psychology* (4nd). APA, University Press; 2000.
- (173) Cyders MA, Smith GT. Mood-based rash action and its components: Positive and negative urgency. *Personality and Individual Differences*. 2007; 43(4): 839-850.
- (174) Anestis MA, Smith GT. Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*. 2008; 134: 807–828.
- (175) Barratt ES, Stanford MS. Impulsiveness. In: Costello C. (ed.) *Characteristics of the personality disordered*. John Willey & Sons Inc, New York: NY; 1995. p. 91-119.
- (176) Ruiloba V. (ed.) *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Masson; 2001.
- (177) Brent DA, Johnson B, Bartle S, et al. Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1993; 32: 69-75.

- (178) Croyle KL. Characteristics associated with a range of self-harm behaviors in university undergraduates. *Dissertation abstracts international*. 2001; 61:(11-B).
- (179) Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*. 2012; 11(3): 21-A.
- (180) Hollander E, Rosen J. Impulsivity. *Journal of Psychopharmacology*. 2000; 14 (2 Suppl1): S39-S44.
- (181) Kumar G, Pope D, Steer RA. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004; 192: 830-836.
- (182) Ross S, Heath N. Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003; 33: 277-287.
- (183) Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angemeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*. 2008; 192(2): 98-105.
- (184) Garcia-Montes JM, Zaldivar-Basurto F, Lopez-Rios F, Molina-Moreno A. The role of personality variables in drug abuse in a spanish university population. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2009; 7: 475-487.
- (185) Carlson SR, Johnson SC, Jacobs PC. Disinhibited characteristics and binge drinking among university student drinkers. *Addictive Behaviors*. 2010; 35: 242–251.
- (186) Myrseth H, Pallesen S, Molde H, Johnsen BH, Lørvik IM. Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality and Individual Differences*. 2009; 47: 933–937.
- (187) Sansone RA, Barnes J, Muennich E, Wiederman MW. Borderline personality symptomatology and sexual impulsivity. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2008; 38: 53–60.

- (188) Giegling I, Olgiati P, Hartmann AM, Calati R, Möller HJ, Rujescu D, et al. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*. 2009; 43: 1262–1271.
- (189) Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: A clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 92(2–3): 195-204.
- (190) Corruble E, Damy C, Guelfi JD. Impulsivity: A relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*. 1999; 53: 211-215.
- (191) Maser JD, Akisal HS, Schettler P, Schettler W, Mueller T, Endicott J, et al. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near lethal suicide behavior? A 14-year prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002; 32(1): 10-32.
- (192) Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(9): 1680–1688.
- (193) Anestis MD, Selby EA, Joiner TE. The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behavior Research and Therapy*. 2007; 45: 3018-3029.
- (194) Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF. The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression in borderline personality disorder: An empirical analysis of self-report measures. *Journal of Personality Disorders*. 2004; 18(6): 555-570.
- (195) Evans J, Platts H, Liebenau A. Impulsiveness and deliberate self-harm: A comparison of “first-timers” and “repeaters.” *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996; 93(5): 378-380.
- (196) Wilson ST, Stanley B, Oquendo MA, Goldberg P, Zalsman G, Mann JJ. Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *Journal Clinical Psychiatry*. 2007; 68(10): 1533-1539.

- (197) Hamza C, Willoughby T, Heffer T. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review of the literature and directions for future research. *Clinical Psychology Review*. 2015; 38: 13-24.
- (198) Victor SE, Klonsky ED. Daily emotion in non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 70: 364-375.
- (199) Glenn CR, Klonsky ED. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*. 2010; 1: 67-75.
- (200) Fischer S, Smith GT, Cyders MA. Another look at impulsivity: A metaanalytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical Psychology Review*. 2008; 28: 1413–1425.
- (201) Jacob GA, Guenzler C, Zimmermann S, Scheel CN, Rusch N, Leonhart R, et al. Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 2008; 39(3): 391-402.
- (202) Evans CDH, Lacey JH. Multiple self-damaging behaviour among alcoholic women. *British Journal of Psychiatry*. 1992, 161: 643-647.
- (203) Milligan RJ, Waller G. Anger and impulsivity in non-clinical women. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(6): 1073-1078.
- (204) Gagnon J, Daelman S. An empirical study of the psychodynamics of borderline Impulsivity: A preliminary report. *Psychoanalytic Psychology*. 2011; 28(3): 341–362.
- (205) Fossati A, Barratt ES, Carretta I, Leonardi B, Grazioli F, Maffei C. Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. *Psychiatry Research*. 2004; 125: 161-170.
- (206) Paris J. Antisocial and borderline personality disorders: Two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology? *Comprehensive Psychiatry*. 1997; 38: 237-242.

- (207) Stevenson J, Meares R, Comerford A. Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. Brief report. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160: 165-166.
- (208) Evans J, Reeves B, Platt H, Leibenau A, Goldman D, Jefferson K, et al. Impulsiveness, serotonin genes and repetition of deliberate self-harm (DSH). *Psychological-Medicine*. 2000; 30(6): 1327-1334.
- (209) Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, New AS, Goodman M, Silverman J, et al. Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *Journal of Personality Disorders*. 2001; 15(4): 358-370.
- (210) Maloney E, Degenhardt L, Darke S, Nelson EC. Impulsivity and borderline personality disorder as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatry Research*. 2008; 169(1): 16-21.
- (211) Tracy JL, Randles D. 4 models of basic emotions: A review of Ekman and Cordaro, Izard, Levenson and Panksepp and Watt. *Emotion Review*. 2012; 3(4): 397-405.
- (212) Pérez-Nieto MA, Camunas N, Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ, Iruarrizaga I. Anger and coping: A study of attributional styles. *Studia Psychologica*. 2000; 42: 289-302.
- (213) Schieman S. Age and anger. *Journal of Health and Social Behavior*. 1999; 40(3): 273-289.
- (214) O'Donnerl K, Brydon L, Wright CE, Steptoe A. Self-esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress. *Brain Behavior Immunity*. 2008; 22(8): 1241-1247.
- (215) DiGiuseppe R, Trafate RC. (eds.) *Understanding anger disorders*. New York: Oxford University Press; 2007.
- (216) Kernberg O. *Aggression and transference in severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press; 1992.

- (217) Novaco RW. *Anger*. In Fink G. (ed.) *Encyclopedia of stress* (2nd ed) San Diego: Elsevier; 2007. Vol 1, pp. 176-182.
- (218) Silva D, Campos R, Prazeres N. O inventário de estado-traço de raiva (STAXI) e a sua adaptação para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 1999; 34: 55-81.
- (219) Spielberger CD. *State-trait anger expression inventory: Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources. 1996.
- (220) Deffenbacher JL, Oetting ER, Thwaites GA, Lynch RS, Baker DA, Stark RS, et al. State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of Counseling Psychology*. 1996; 43: 131-148.
- (221) Millar M. The influence of public self-consciousness and anger on aggressive driving. *Personality and Individual Differences*. 2007; 43: 2116-2126.
- (222) Zoccali R, Muscatello M, Bruno A, Cedro C, Campolo D, Pandolfo G, Meduri M. The role of defense mechanisms in the modulation of anger experience and expression: Gender differences and influence on self-report measures. *Personal Individual Differences*. 2007; 43:1426-1436.
- (222) Kuppens, P. Interpersonal determinants of trait anger: Low agreeableness, perceived low social esteem, and the amplifying role of the importance attached to social relationships. *Personality and Individual Differences*. 2005; 38: 13–23.
- (223) Ahmed AG, Kingston DA, DiGiuseppe R, Bradford JM, Seto MC. Developing clinical typology of dysfunctional anger. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 136(1-2): 139-148.
- (224) Henning ER, Turk CL, Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG. Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*. 2007; 24: 342–349.

(225) Orth U, Robins RW, Meier LL. Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2009; 97(2): 307-321.

(226) Berenson KR, Downey G, Rafaeli E, Coifman KG, Paquin N. The rejection–rage contingency in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2011; 120(3): 681-690.

(227) Kuppens, P. Interpersonal determinants of trait anger: Low agreeableness, perceived low social esteem, and the amplifying role of the importance attached to social relationships. *Personality and Individual Differences*. 2005; 38: 13–23.

(228) Rusch LCM, Kanter JWP, Manos RCM, Weeks CE. Depression stigma in a predominantly low income African American sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2008; 196(12): 919-922.

(229) Smith TE, Koenigsberg HW, Yeomans FE, Clarkin JF, Selzer MA. Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1995; 4: 205-213.

(230) Brodsky BS, Groves SA, Oquendo MA, Mann JJ, Stanley B. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide Life Threatening Behavior*. 2006; 36: 313-322.

(231) Jacob GA, Hellstern K, Owen N, Pillmann M, Scheel CN, Rusch N, et al. Emotional reactions to standardized stimuli in women with borderline personality disorder: Stronger negative affect, but no differences in reactivity. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2009; 197(11): 808-815.

(232) Russell JJ, Moskowitz DS, Zuroff DC, Sookman D, Paris, J. Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007; 116: 578–588.

(233) Favazza AR. *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1996.

(234) Favazza AR. *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2011.

(235) Bolognini M, Plancherel B, Laget J, Stéphan P, Halfon O. Adolescents self-mutilation: Relationship with dependent behavior. *Swiss Journal of Psychology*. 2003; 62: 241-249.

(236) Almeida CM, Horta P. Autolesão, automutilação e autoagressão. A mesma definição? 2010, *Newsletter FMUL*, 16 – news@fmul

(237) Simeon D, Favazza AR. Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. In: Simeon D, Hollander E. (eds.) *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press; 2001. p. I-2H.

(238) Haines J, Williams, CL, Brain, K L, Wilson GV. The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995; 104: 471-489.

(239) Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg,FR, Chauncey DL. Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1990; 147: 161–167.

(240) Gardner DL, Cowdry RW. Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 1985; 8: 359–403.

(241) Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Basurte E, Prieto R, Ceverino A, Saiz-Ruiz J, et al. A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 62(7): 560-564.

(242) Scharbach H. *Auto-mutilations et auto-offenses*. Paris: Presses Universitaires de France; 1986.

(243) Large M, Babidge N, Andrews D, Storey P, Nielssen O. Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2009; 35(5): 1012-1021.

(244) Clark RA. Self-mutilation accompanying religious delusions: A case report and review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1981; 42: 243-245.

- (245) Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989; 79, 283–289.
- (246) Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*. 2004; 24: 35-74.
- (247) Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research Therapy*. 2006; 44(3): 371-394.
- (248) Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal Consultant Clinical Psychology*. 2004; 72(5): 885-890.
- (249) Nock MK. Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied Preventive Psychology*. 2008; 12(4): 159-168.
- (250) Leibenluft E, Gardner DL, Cowdy RW. The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*. 1987; 1: 317-324.
- (251) Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2009; 31(3): 215-219.
- (252) Russ MJ, Clark WC, Cross LW, Kemperman I, Kakuma T, Harrison K. Pain and self-injury in borderline patients: Sensory decision theory, coping strategies, and locus of control. *Psychiatry Research*. 1996; 63(1): 57-65.
- (253) Gunderson JG. *Borderline personality disorder: A clinical guide*. (2nd ed). American Psychiatry Pub. 2009.
- (254) Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*. 1998; 18: 531–554.

- (255) Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal Orthopsychiatry*. 1998; 68: 609–620.
- (256) Arnold LM, Achenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation: Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS-drugs*. 2001; 15(5): 351-359.
- (257) Zlotnick C, Mattias JI, Zimmermean M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999; 187: 296-301.
- (258) Cordeiro AM, Venâncio A. Automutilação: Para lá do sintoma. *Psiquiatria Clínica*. 2004; 25(3): 173-184.
- (259) Rosenthal PA, Rosenthal S. Suicidal behavior by preschool children. *American Journal of Psychiatry*. 1984; 141: 177-84.
- (260) Baguelin-Pinaud A, Seguy C, Thibaut F. Self-mutilating behaviour: A study on 30 inpatients. *Encephale*. 2009; 35(6): 538-543.
- (261) Croyle KL, Waltz J. Subclinical self-harm: Range of behaviors, extent and associated characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007; 77:332–342.
- (262) Dellinger-Ness LA, Handler L. Self-injurious behavior in human and non-human primates. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26: 503–514.
- (263) Crowe M. Deliberate self-harm. In: Bhugra D, Munro A. (eds.). *Troublesome disguises: Underdiagnosed psychiatric syndromes*. London, Edinburgh, USA, Australia, France: Blackwell Science; 1997.
- (264) Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2001; 23: 253-263.

- (265) Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158: 427-432.
- (266) Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*. 2011; 41(9): 1981-1986.
- (267) Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Child and Adolescent Psychology*. 2008; 37: 363–375.
- (268) Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2012; 31: 67–77.
- (269) Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. [Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review]. *Encephale*. 2008; 34(5): 452-458.
- (270) Klonsky ED, Olthmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-Harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160: 1501–1508.
- (271) Jayoung, H. (2008). Mental pain and suicide: Exploring a causal path among trauma, object relations, mental pain and suicidal ideation. San Francisco Bay: Alliant International University; 2008. ISBN: 0549499113, 9780549499114.
- (272) Lang CM, Sharma-Patel K. The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence and Abuse*. 2011; 12(1): 23-37.
- (273) Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, Fagg J. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: The role of psychological factors. *Journal of Adolescence*. 1999; 22(3): 369-378.

- (274) Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*. 2011; 45: 823-828.
- (275) McKay D, Kulchycky S, Danyko S. Borderline personality and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Personality Disorders*. 2000; 14: 57-63.
- (276) Schoenleber M, Berenbaum H, Motl R. Shame-related functions for and motivation for self-injurious behavior. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*. 2014; 5(2): 204-211.
- (277) St German SA, Hooley JM. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: evidence for a distinction. *Psychiatry Research*. 2012; 197(1-2): 78-84.
- (278) Gilbert P, McEwan K, Irons C, Bhundia R, Christie R, Broomhead C, et al. Self-harm in a mixed clinical population: the roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*. 2010; 49(4): 563-576.
- (279) Zaki LF, Coifman KG, Rafaeli E, Berenson KR, Downey G. Emotion differentiation as a protective factor against nonsuicidal self-Injury in borderline personality disorder. *Behavior Therapy*. 2013; 44: 529-540.
- (280) Rawlings J, Shevlin M, Corcoran R, Morriss R, Taylor PJ. Out of the blue: Untangling the association between impulsivity and planning in self-harm. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 184:29-35.
- (281) Edmonson AJ, Brennan CA, House AO. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 195: 109-117.
- (282) You J, Leung F, Lai CM, Fu K. The associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder features among Chinese adolescent. *Journal of Personality Disorders*. 2012; 26(2): 226-237.

(283) Millon T, Davis RD. Borderline personality disorders: The unstable pattern. (2nd ed) In: *Disorders of personality DSM-IV and beyond*. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1996. p. 645-690.

(284) Welch SS, Linehan MM. High-risk situations associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2002; 16: 561-569.

(285) Hawton K, Fagg J. Suicide and other causes of death following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*. 1988; 152: 359-366.

(286) Joiner TE. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2005.

(287) Pitman RK. Self-mutilation in combat-related PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147: 123-124.

(288) Schaffer C, Carroll J, Abramowitz SI. Self-mutilation and the borderline personality. *Journal Nervous Mental Disease*. 1982; 170: 468-473.

(289) Virkkunen M. Self-mutilation in antisocial personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1976; 54: 347-352.

(290) Hollander E. The impulsive-aggression symptom domain in borderline personality disorder. [Lecture] APA annual meeting Philadelphia. 2002.

(291) Kernberg, O. *Borderline conditions and pathological narcissism*. London: Jason Aronson; 1985.

(292) Gardner AR, Gardner AJ. Self mutilation, obsessionality and narcissism. *British Journal of Psychiatry*. 1975; 127: 127-132.

(293) Ridolfi ME. *Self-harm behavior in borderline personality disorder: A review of the literature*. [Lecture] Symposium conducted at 5th ISSPD European Congress on Personality Disorders in conjunction with the 3th International Congress of Theory of Personality Disorders. Munich, 2002.

- (294) Adam K. Self-destructive behavior. *Psychiatric Clinics of North America*. 1985; 8(2): 183-201.
- (295) Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*. 2006; 144(1): 65-72.
- (296) Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *American Association of Suicidology*. 2004; 34: 12–23.
- (297) Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002; 11: 198-202.
- (298) Guertin T, Lloyd-Richardson E, Spirito A, Donaldson D, Boergers, J. Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40: 1062–1069.
- (299) Casillas A, Clark LA. Dependency, impulsivity, and self-harm: Traits hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2002; 16(5): 424-36.
- (300) Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal Personality Disorders*. 2004; 18: 226 –239.
- (301) Sansone RA, Sansone LA. The interface: Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2011; 8(5): 16-20.
- (302) Dulit RA, Fyer MR, Leon AC, Brodsky BS, Frances AJ. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151: 1305–1311.

- (303) Vater A, Schroder-Abé M, Schutz A, Lammers CH, Roepke S. Discrepancies between explicit and implicit self-esteem are linked to symptom severity in borderline personality disorder. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2010; 41: 357-364.
- (304) Low G, Jones D, Macleod A, Power M, Duggan C. Childhood trauma, dissociation and self-harming behavior: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*. 2000; 73: 269-278.
- (305) Dougherty DM, Bjork JM, Huckabee H, Moeller F, Swann A. Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 1999; 85: 315–326.
- (306) Fliege H, Kocalevent R-D, Rose M, Becker J, Walter M, Klapp BF. Patients with overt or covert self-harm: differences in optimism and self-efficacy. *Dermatology Psychosomatic*. 2004; 5: 54-60.
- (307) Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992; 63(3): 452–459.
- (308) Johnson CS (1999) Borderline personality disorder: The influence of childhood trauma and family environment and their associations with different representations of the disorder criteria. (Doctoral dissertation), *Dissertation Abstracts International* 60(5-B), 2345.
- (309) Arslan C (2009) Anger, self-esteem, and perceived social support in adolescence. *Soc Behav Personal* 37(4):555-564.
- (310) Ferraz L, Vázquez M, Navarro JB, Gelabert E, Martín-Santos R, Subirà S. Dimensional assessment of personality and impulsiveness in borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46: 140-146.
- (311) Cassell CM, Symon G. Qualitative methods in organizational research. London: Sage. 1994.

(312) Widiger TA, Frances AJ, Trull TJ. Transtornos de personalidade. In: Craig R. (ed.) *Entrevista clínica e diagnóstica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p.282-299.

(313) Shapiro T. Debate forum resolved: Borderline personality disorder exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1990; 29: 478-483.

(314) Jacobson RR. Commentary: Aggression and impulsivity after head injury. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1997; 3: 160-163.

(315) Hibbard MR, Bogdany J, Uysal S, Kepler K, Silver MJ, Gordon WA, et al. Axis II psychopathology in individuals with traumatic brain injury. *Brain Injury*. 2000; 14(1): 45-61.

(316) Davis C, Karvinen K. Personality characteristics and intention to self-harm: A study of eating disordered patients. *Eating disorders: Journal of Treatment and Prevention*. 2002; 10(3): 245-255.

(317) Swann AC. *Neurobiology of impulse behaviour*. [Lecture] APA annual meeting New York. 2004.

(318) Lee HJ, Bagge CL, Schumacher JA, Coffey SF. Does comorbid substance use disorder exacerbate borderline personality features? A comparison of borderline personality disorder individuals with vs. without current substance dependence. *Personality Disorders*. 2010; 1(4): 239-249.

(319) Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 178: 48-54.

(320) Rijo D, Castilho P, Salvador MC, Matos AP, Gouveia JP. *Entrevista clínica estruturada para as perturbações da personalidade do DSM-IV (SCID II) versão portuguesa*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade de Coimbra; 1999-2005.

- (321) Ekselius L, Lindstrom E, Von Knorring L, Bodlund O, Kullgren G. SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 90(2):120-3.
- (322) Romeiro D, Almeida CM, Horta P. Adaptação portuguesa da escala de impulsividade de Barratt (BIS-11). *Acta Psiquiátrica*. 2006; 52(1): 1675-1680.
- (323) Santos PJ, Maia J. Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2003; 8: 253-268.
- (324) Santos PJ. Validação da Rosenberg self-esteem scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In: Noronha AP, Machado C, Almeida L, Gonçalves M, Martins S, Ramalho V. (Organizadores) *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (Vol. XIII). Braga: Psiquilibrios Edições; 2008.
- (325) Romano A, Negreiros J, Martins T. Contributos para a validação da escala de autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2007; 8(1): 107-114.
- (326) Schmitt DP, Allik J. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005; 89, 623-642.
- (327) Derogatis LR. *Administration, scoring & procedures: Manual-II and others instruments of the psychopathology rating scales series* (2nd ed.). USA: Clinical Psychometric Research; 1992.
- (328) Baptista A. *A génese da perturbação de pânico* (Unpublished Doctoral dissertation). Instituto Superior de Ciências Biomédicas Abel Salazar-Universidade do Porto, Porto; 1993.
- (329) Maroco J. *Análise de Equações Estruturais. Fundamentos Teóricos, Software e Aplicação*. Pêro Pinheiro: ReportNumber Lda; 2010.

(330) Moreira LF. *Multicolinearidade em Análise de Regressão*. XII ERMAC, Foz de Iguaçu. 2008 Available from: <http://www.foz.unioeste.br/~eventos/12ermac/anaixiiermac.pdf>

(331) Davis A. The experimental methods in psychology. In: Breakwell GM, Hammond S, Fife-Schaw C. (Eds.) *Research methods in Psychology*. London: Sage; 1995. p. 50-68.

(332) Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156: 181-189.

(333) Stieger S, Formann AK, Burger C. Humor styles and their relationship to explicit and implicit self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50: 747-750.

(334) Lysaker PH, Davis LW, Tsai J. Suspiciousness and low self-esteem as predictors of misattributions of anger in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*. 2009; 166: 125-131.

(335) Kuppens P, Mechelen IV. Interactional appraisal models for the anger appraisals of threatened self-esteem, other-blame, and frustration. *Cognition and Emotion*. 2007; 21(1): 56-77.

(336) Schaefer KE, Esposito-Smythers C, Riskind JH. The role of impulsivity in the relationship between anxiety and suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 143(1-3): 95-101.

(337) Lynam DR, Miller JD, Miller DJ, Bornovalova MA, Lejuez CW. Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: A test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2011; 2(2):151–160.

(338) Peters JR, Upton BT, Baer RA. Brief report: Relationships between facets of impulsivity and borderline personality features. *Journal of Personality Disorders*. 2013; 27(4):547–552.

- (339) Kuppens P, Tuerlinckx F. Personality traits predicting anger in self-ambiguous and other caused unpleasant situations. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42: 1105–1115.
- (340) Ellsworth PC, Tong EM. What does it mean to be angry at yourself? Categories, appraisals, and the problem of language. *Emotion*. 2006; 6(4): 572-586.
- (341) Fehr B, Baldwin M, Collins L, Patterson S, Benditt R. Anger in close relationships: An interpersonal script analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1999; 25: 299-312.
- (342) Cramer P. Understanding defense mechanisms *Psychodynamic Psychiatry*. 2015, 43(4):523-552.
- (343) Bond M. Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004, 12:263–278.
- (344) Carli V, Jovanovic N, Podlesek A, Roy A, Rihmer Z, Maggi S, et al. The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters: A study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of Affective Disorders*. 2010; 123: 116-122.
- (345) Janis IB, Nock MK. Are self-injurers impulsive? Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Research*. 2009; 169: 261-267.
- (346) Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Dervic K, Perez-Rodriguez MM, Lopez-Castroman J, Saiz-Ruiz J, et al. Specific features of suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009; 70: 1583-1587.
- (347) Bresin K, Carter DL, Gordon KH. The relationship between trait impulsivity, negative affective states, and urge for nonsuicidal self-injury: A daily diary study. *Psychiatry Research*. 2013; 205(3): 227-231.

- (348) Bellani M, Hatch JP, Nicoletti MA, Ertola AE, Zunta-Soares G, Swann AC, et al. Does anxiety increase impulsivity in patients with bipolar disorder or major depressive disorder? *Journal of Psychiatric Research*. 2012; 46(5): 616-621.
- (349) Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni C, Rizzato S, Swann AC, et al. Different measures of impulsivity in patients with anxiety disorders: A case control study. *Psychiatry Research*. 2012; 197(3): 231-236.
- (350) Perugi G, Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni C, Akiskal K, et al. Impulsivity in anxiety disorder patients: Is it related to comorbid cyclothymia? *Journal of Affective Disorders*. 2011; 133(3): 600-606.
- (351) Saddichha S, Schuetz C. Is impulsivity in remitted bipolar disorder a stable trait? A meta-analytic review. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(7): 1479-1484.
- (352) Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadeson A, Crosby RD, Wonderlich S.A, Simonich H, Mitchell JE. Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47: 83-87.
- (353) Nock MK, Prinstein MJ, Sterba SK. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: a real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009; 118: 816-827.
- (354) Cyders M A, Smith GT. Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*. 2008; 134: 807-828.
- (355) Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of selfmutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 2005; 114:140-146.
- (356) Strelan P. Who forgives others, themselves, and situations? The roles of narcissism, guilt, self-esteem, and agreeableness. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42: 259-269.
- (357) Ludäscher P, Greffrath W, Schmahl C, Kleindienst N, Kraus A, Baumgärtner U, et al. A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain

perception in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009; 120: 62-70.

(358) St Germain SA, Hooley JM. Direct and indirect forms of non-suicidal selfinjury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*. 2012; 197: 78-84.

ANEXO I

ESTUDO FOLLOW-UP DOS CRITÉRIOS DE PERSONALIDADE BORDERLINE

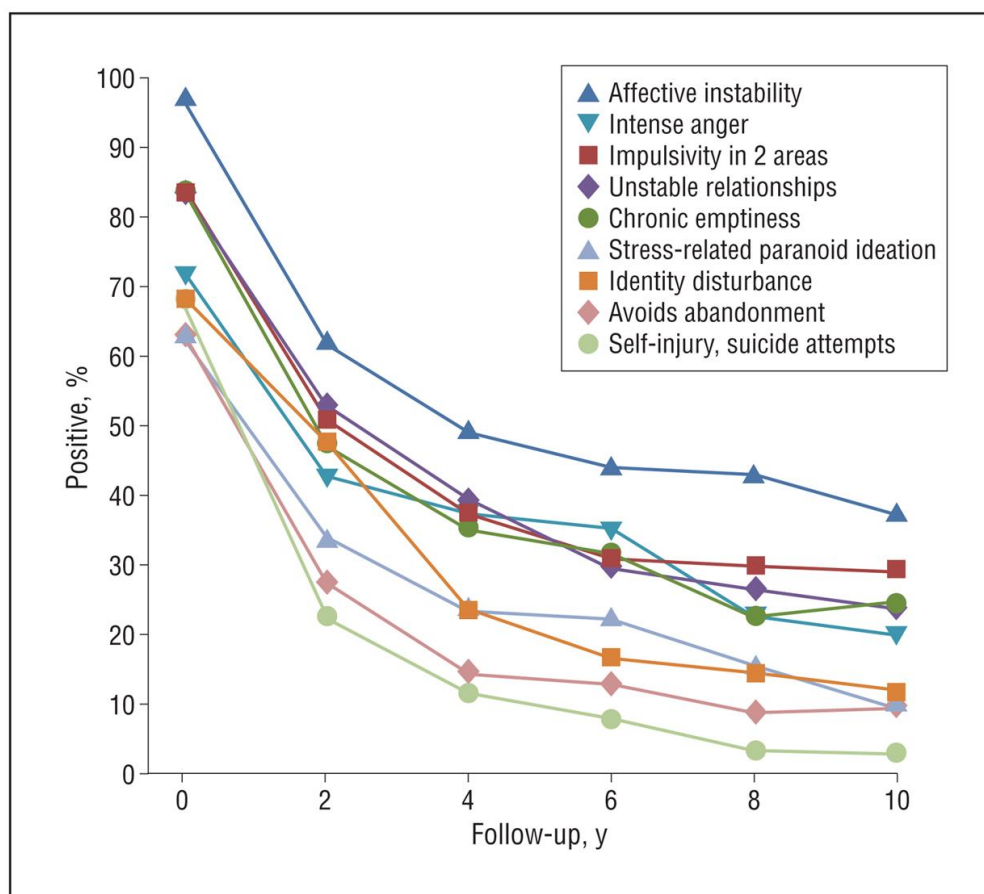


Figure A. Critérios borderline após 10 anos de estudo

Fonte: Gunderson, Stout, McGlashan, Shea, Morey, Grilo, Zanarini, Yen, Markowitz, Sanislow, Ansell, Pinto, & Skodol, 2011.

Prevalência dos critérios da PB desde o baseline até 10 anos de follow-up em cada um dos nove critérios do DSM-IV.

Remissão considerada quando tivessem 2 ou menos critérios borderline.

Recaída diagnosticada se 5 ou mais critérios voltassem a surgir após 2 meses de remissão.

Os critérios mais prevalentes no baseline mantiveram-se estáveis ao longo do tempo.

ANEXO II

MATERIAIS

**1- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA AS PERTURBAÇÕES DA
PERSONALIDADE DO DSM-IV (SCID-II)**

E

QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA (SCID-II-PQ)

**ENTREVISTA
CLÍNICA
ESTRUTURADA
PARA OS
DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE
DO EIXO II DO DSM-IV**

SCID - II

**Michael B. First, M. D.
Miriam Gibbon, M. S. W.
Robert L. Spitzer, M. D.
Janet B. W. Williams, D. S. W.
Lorna Smith Benjamin, Ph. D.**

**Versão Portuguesa Autorizada:
Daniel Rijo
Paula Castilho
Maria do Céu Salvador
Ana Paula Matos
José Pinto Gouveia**

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA
PARA OS DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE DO EIXO II DO DSM-IV

SCID-II

Michael B. First, M. D.
Miriam Gibbon, M. S. W.
Robert L. Spitzer, M. D.
Janet B. W. Williams, D. S. W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Lorna Smith Benjamin, Ph. D.

Department of Psychology
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Versão portuguesa autorizada:
Daniel Rijo, Paula Castilho, Maria do Céu Salvador, Ana Paula Matos, José Pinto Gouveia

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra

Estudo: _____	Estudo Nº.: _____	1
Sujeito: _____	BI Nº.: _____	2
Entrevistador: _____	Entrevistador Nº.: _____	3
Data da entrevista: _____		4
Fontes de informação: <input type="checkbox"/> Sujeito		5
(assinalar as utilizadas) <input type="checkbox"/> Família/amigos/colegas		6
<input type="checkbox"/> Profissionais de saúde/processo hospitalar/relatório		7
<input type="checkbox"/> Questionário de Personalidade da SCID-II		8

Editado e verificado por: _____ Data: _____

COTAÇÃO SUMÁRIA

1

FOLHA DE COTAÇÃO SUMÁRIA

Qualidade geral e quantidade de informação:

1 = pobre, 2 = satisfatória, 3 = boa, 4 = excelente

9

Duração da entrevista (minutos) — — —

10

Distúrbio de Personalidade

Número de Itens cotados com "3"

(As caixas indicam o limiar necessário para o diagnóstico)

01 Evitante (pp. 3-5)	1	2	3	4	5	6	7			11
02 Dependente (pp. 6-8)	1	2	3	4	5	6	7	8		12
03 Obsessivo-Compulsivo (pp. 9-11)	1	2	3	4	5	6	7	8		13
04 Passivo-Agressivo (pp. 12-13)	1	2	3	4	5	6	7			14
05 Depressivo (pp. 14-15)	1	2	3	4	5	6	7			15
06 Paranóide (pp. 16-17)	1	2	3	4	5	6	7			16
07 Esquizotípico (pp. 18-21)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	17
08 Esquizóide (pp. 22-23)	1	2	3	4	5	6	7			18
09 Histrionico (pp. 24-25)	1	2	3	4	5	6	7	8		19
10 Narcísico (pp. 26-29)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	20
11 Borderline (pp. 30-33)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	21
12 Anti-social (pp. 34-41)	1	2	3	4	5	6	7			22
13 Sem Outra Especificação										23
(NOS) (p.42)				1						

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO DO EIXO II (i.e., o Distúrbio de Personalidade que é — ou deveria ser — o principal foco de atenção clínica).

Registe o número de código aqui (coluna à esquerda dos diagnósticos): — —

24

Nota: Registe 99 senão existir Distúrbio de Personalidade.

QUESTÕES GERAIS PARA OS DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE

Vou fazer-lhe algumas perguntas acerca da sua maneira de ser, ou seja, acerca de como, de uma maneira geral você se tem sentido e comportado ao longo da sua vida.

SE EXISTIU UM DISTÚRPIO DO EIXO I: Sei que houve alturas em que você se sentiu [SINTOMAS DO EIXO I]. As perguntas que lhe farei não são acerca dessas alturas; você deve tentar pensar em como você é *habitualmente*, quando não se sente [SINTOMAS DO EIXO I]. Tem alguma dúvida acerca disto?

Como é que você se descreveria como pessoa (antes de [SINTOMAS DO EIXO I])?

SE NÃO FOR CAPAZ DE RESPONDER, CONTINUE.

Como é que acha que os outros o descreveriam a si como pessoa (antes de [SINTOMAS DO EIXO I])?

Quem têm sido as pessoas importantes na sua vida?

(SE MENCIONAR APENAS FAMILIARES: E os seus amigos?)

Como tem sido a sua relação com eles?

Acha que a sua maneira habitual de se comportar ou de reagir às coisas lhe tem causado problemas com alguém? (Em casa? Na escola? No trabalho?) (De que forma?)

Que tipo de coisas tem feito que as outras pessoas possam ter achado desagradáveis?

Como é que passa o seu tempo livre?

Se você pudesse mudar a sua personalidade nalgumas coisas, como é que gostaria de ser?

→ SE O QUESTIONÁRIO DE PERSONALIDADE FOI PREENCHIDO: Agora, gostaria de passar para as perguntas às quais você respondeu "SIM" no questionário.

→ SE O QUESTIONÁRIO DE PERSONALIDADE NÃO FOI PREENCHIDO: Agora, gostaria de lhe fazer algumas perguntas mais específicas.

**DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
EVITANTE**

**CRITÉRIOS DO
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
EVITANTE**

Padrão persistente de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, começando no início da idade adulta e estando presente numa variedade de contextos, como indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

1. Você disse que tinha evitado [Evitou] trabalhos ou tarefas que envolvessem ter que lidar com muitas pessoas.

(1) evitamento de actividades ocupacionais que envolvam contactos interpessoais por medo de críticas, desaprovação ou rejeição.

? 1 2 3

25

Dê-me alguns exemplos. Qual era a razão pela qual evitou estes [LISTAR TRABALHOS OU TAREFAS].

3 = pelo menos dois exemplos.

(Alguma vez recusou uma promoção porque esta envolvia ter que lidar com um número de pessoas maior do que aquele com o qual se sentiria confortável?)

2. Você disse que evitava envolver-se com pessoas a não ser que tivesse a certeza que elas gostariam [Evita envolver-se com pessoas, a não ser que tenha a certeza que estas gostarão] de si.

(2) pouca determinação no envolvimento com pessoas, a não ser que tenha a certeza de ser apreciado.

? 1 2 3

26

3 = quase nunca toma a iniciativa de se envolver numa relação social.

Se não sabe se uma pessoa gosta de si, alguma vez dá o primeiro passo?

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

3. Você disse que lhe é [É-lhe] (3) reserva nas relações ? 1 2 3 27
 difícil "abrir-se" mesmo com próximas por medo do ridículo
 pessoas que lhe são mais ou de ser envergonhado.
 próximas.

3 = verdadeiro para a
 maior parte das relações

Porque é que isto acontece?
 (Tem medo de ser gozado ou
 ridicularizado?)

4. Você disse que se preocupa (4) preocupações em ser ? 1 2 3 28
 [Preocupa-se] frequentemente criticado ou rejeitado em
 com o ser criticado(a) ou situações sociais.
 rejeitado(a) em situações
 sociais.

3 = gasta muito tempo a
 preocupar-se com
 situações sociais.

Dê-me alguns exemplos.

Perde muito tempo a preocu-
 par-se com isto?

5. Você disse que, quando (5) inibição em situações ? 1 2 3 29
 [Quando] conhece novas pes- interpessoais novas devido a
 soas, é habitual ficar inibido. sentimentos de ineficácia.

Porque é que isso acontece?

3 = reconhece traço e
 fornece muitos exem-
 plos.

(É porque você se sente, de
 alguma forma, inadequado ou
 sente que não é suficientemen-
 te bom?)

6. Você disse que acredita (6) auto-análise como ? 1 2 3 30
 [Acredita] que não é tão socialmente inepto, sem encanto
 bom(boa), tão esperto(a) ou pessoal ou inferior aos outros.
 tão atraente quanto a maioria
 das pessoas.

3 = reconhece crença

Fale-me disto.

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE EVITANTE

5

7. Você disse que tem [Tem] (7) relutância em assumir riscos pessoais ou a envolver-se em coisas novas. 31
 receio de se envolver em novas actividades por estas poderem vir a ser embaraçosas.

É porque tem medo de ficar embaraçado?

3 = vários exemplos de actividades evitadas devido ao medo de embaraço.

Dê-me alguns exemplos.

PELO MENOS QUATRO
 ITENS SÃO COTADOS COM
 "3"

1 3 32

DISTÚRBIO DE
 PERSONALIDADE
 EVITANTE

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

**DISTÚRBO DE
PERSONALIDADE
DEPENDENTE**
**CRITÉRIOS DO
DISTÚRBO DE
PERSONALIDADE
DEPENDENTE**

Uma necessidade persistente e excessiva de cuidados que leva a submissão, viscosidade e angústia de separação, com começo no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

8. Você disse que precisa [Precisa] de muitos conselhos ou apoio dos outros antes de poder tomar decisões no seu dia-a-dia — tais como por exemplo, que roupa vestir ou que prato escolher no restaurante.

(1) dificuldade em tomar decisões do dia-a-dia, sem uma quantidade excessiva de suporte e tranquilização por parte dos outros.

? 1 2 3

33

Pode dar-me alguns exemplos do tipo de decisões para as quais pediria conselho ou apoio?

(Isto acontece a maior parte do tempo?)

3 = vários exemplos

9. Você disse que depende [Depende] de outras pessoas para gerir áreas importantes da sua vida, tais como aspectos económicos, a educação dos filhos ou assuntos domésticos.

(2) necessidade que os outros assumam responsabilidades nas maior parte das áreas importantes da sua vida.

? 1 2 3

34

Dê-me alguns exemplos. (Isto é mais do que simplesmente pedir conselhos?)

[Nota: Não incluir a simples obtenção de aconselhamento dos outros ou comportamento culturalmente adequado.]

(Isto aconteceu com as áreas MAIS importantes da sua vida?)

3 = vários exemplos

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

- | | | | |
|--|--|----------------|-----------|
| <p>10. Você disse que tem [Tem] dificuldade em discordar das outras pessoas mesmo quando pensa que elas estão erradas.</p> <p>Dê-me alguns exemplos de situações em que teve dificuldade em discordar.</p> <p>O que é que tem medo que aconteça se você discordar dos outros?</p> | <p>(3) dificuldade em discordar dos outros, por medo de perder suporte ou aprovação. [Nota: Não incluir receios realistas de retaliação.]</p> <p>3 = reconhece traço ou fornece vários exemplos</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>35</p> |
| <p>11. Você disse que tem [Tem] dificuldade em iniciar ou realizar tarefas quando não tem quem o(a) ajude.</p> <p>Dê-me alguns exemplos deste tipo de situação?</p> <p>Porque é que isso acontece? (É porque você não tem a certeza de ser capaz de fazer a tarefa bem feita?)</p> | <p>(4) dificuldade em iniciar projectos ou fazer coisas por sua conta (pela ausência de confiança nas suas capacidades e não por ausência de motivação ou de energia).</p> <p>3 = reconhece traço</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>36</p> |
| <p>12. Você disse que é costume [É costume] oferecer-se para fazer coisas desagradáveis.</p> <p>Dê-me alguns exemplos deste tipo de situação?</p> <p>Porque é que isto acontece?</p> | <p>(5) a sua necessidade de suporte e de cuidados por parte dos outros vai ao ponto de se oferecer como voluntário para tarefas desagradáveis.</p> <p>[Nota: Não incluir comportamentos destinados a alcançar objectivos para além de agradar aos outros, como por exemplo uma promoção no trabalho.]</p> <p>3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>37</p> |
| <p>13. Você disse que é habitual [É habitual] sentir-se desconfortável quando está por sua conta. Porque é que isto acontece? (É porque você precisa que alguém cuide de si?)</p> | <p>(6) sentimentos de desconforto e desamparo quando sozinho, devido a medos exagerados de ser incapaz de cuidar de si próprio.</p> <p>3 = reconhece traço</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>38</p> |

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE DEPENDENTE

14. Você disse que quando (7) procura urgente de outras ? 1 2 3 39
 [Quando] uma relação próxima relações como fonte de suporte e
 termina sente que tem que de cuidados, quando alguma
 encontrar imediatamente alguém relação próxima termina.
 que tome conta de si.

Fale-me acerca disso.

(Reagiu quase sempre desta forma quando terminaram relações próximas?)

3 = acontece quando a maior parte das relações próximas terminam.

15. Você disse que se preocupa (8) preocupações irrealistas por ? 1 2 3 40
 [Preocupa-se] bastante com medo de ficar entregue a si próprio.
 poder ficar sozinho(a) e ter que tomar conta de si próprio(a).

Andou muitas vezes preocupado(a) acerca disto?

3 = preocupação irrealista persistente

Há alturas em que passa o tempo todo a pensar nisto?

PELO MENOS CINCO
 ITENS SÃO COTADOS COM
 "3"

1

3

41

DISTÚRBIO DE
 PERSONALIDADE
 DEPENDENTE

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

**DISTÚRBIO
OBSESSIVO-
COMPULSIVO**

**CRITÉRIOS DO
DISTÚRBIO
OBSESSIVO-
COMPULSIVO**

Um padrão persistente de preocupação com a ordem, perfeccionismo e controlo mental e interpessoal, em detrimento de flexibilidade, abertura e eficiência, começando no início da idade adulta e estando presente numa variedade de contextos, como indicado por quatro (ou mais) dos seguintes.

16. Você disse que é [*Você é*] o tipo de pessoa que presta muita atenção a pormenores, ordem, organização ou que gosta de fazer listas e horários.

Dê-me alguns exemplos.

Algumas vezes fica tão absorvido com [EXEMPLOS] que perde a noção do que está a tentar alcançar? (Como se não conseguisse ver a floresta por se centrar só numa árvore...)

(Isto acontece muitas vezes?)

17. Você disse que tem [*Tem*] problemas em terminar tarefas porque gasta muitíssimo tempo a tentar que as coisas fiquem extremamente bem feitas.

Dê-me alguns exemplos.

(Com que frequência é que isto acontece?)

- (1) preocupações com pormenores, regras, listas, ordem, organização ou horários, ao ponto de se perder a finalidade da actividade.

3 = reconhece traço ou fornece pelo menos um exemplo

- (2) perfeccionismo que interfere com a capacidade de finalizar tarefas (por exemplo, é incapaz de terminar um projecto por este não estar atingir os seus padrões elevados de exigência).

3 = vários exemplos de tarefas não finalizadas ou significativamente atrasadas, devido ao perfeccionismo

? 1 2 3

42

? 1 2 3

43

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

- | | | | |
|--|---|----------------|-----------|
| <p>18. Você disse que você ou outras pessoas [<i>Você, ou outras pessoas,</i>] sentem que é tão dedicado(a) ao trabalho (ou aos estudos) que não lhe sobra tempo para mais ninguém ou para simplesmente se divertir.</p> <p>Fale-me disso.</p> | <p>(3) devoção excessiva ao trabalho e à produtividade até à exclusão dos amigos e actividades de lazer (excepto por razões óbvias de necessidade económica)</p> <p>[Nota: Não justificado por exigências temporárias relacionadas com o emprego.]</p> <p>3 = reconhece traço ou outras pessoas já lhe têm dito que ele(a) é assim.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>44</p> |
| <p>19. Você disse que costuma [<i>Costuma</i>] ser muito exigente acerca do que está bem e do que está mal.</p> <p>Dê-me alguns exemplos desses seus padrões elevados de exigência.</p> <p>(Cumpra à risca as regras da lei, aconteça o que acontecer?)</p> <p>SE DER EXEMPLOS RELIGIOSOS: Mesmo as pessoas que partilham dos seus princípios religiosos dizem que você é demasiado rigoroso acerca do que está bem e do que está mal?</p> | <p>(4) hiperconscienciosidade, escrupulosidade e inflexibilidade acerca da moral, ética ou valores (excepto por razões de identificação cultural ou religiosa)</p> <p>3= vários exemplos de julgar-se a si próprio e aos outros de acordo com padrões morais elevados e inflexíveis.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>45</p> |
| <p>20. Você disse que tem [<i>Tem</i>] dificuldade em deitar coisas fora por pensar que poderão vir a ser necessárias algum dia.</p> <p>Dê-me alguns exemplos de coisas que tenha dificuldade em deitar fora.</p> <p>(Quão desorganizado fica o seu espaço porque você não deita as coisas fora?)</p> | <p>(5) incapacidade para se libertar de objectos inúteis mesmo que desprovidos de valor sentimental.</p> <p>3 = resulta num espaço desordenado.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>46</p> |

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

21. Você disse que tem [Tem] dificuldade em deixar que os outros o(a) ajudem a não ser que concordem em fazer as coisas exactamente como você quer. (6) relutância em delegar funções ou trabalho nos outros, a menos que respeitem exactamente o seu modo de proceder. ? 1 2 3 47

Fale-me acerca disso. (Isto acontece muitas vezes?)

3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo.

(Acontece-lhe acabar muitas vezes por ser você a fazer as coisas para ter a certeza que ficam bem feitas?)

22. Você disse que lhe é [É-lhe] difícil gastar dinheiro consigo e com os outros mesmo quando tem dinheiro suficiente. (7) adopção de um estilo miserabilista para consigo ou para com os outros; o dinheiro é visto como algo a reter para catástrofes futuras. ? 1 2 3 48

Porque é que isso acontece? (É porque o preocupa não ter dinheiro suficiente no futuro, quando realmente precisar?)

3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo.

Diga-me algumas coisas em que não gastou dinheiro por achar que tem que poupar para o futuro.

23. Você disse que é costume [É costume] estar tão certo de que tem razão que não importa o que os outros dizem. (8) rigidez e obstinação. ? 1 2 3 49

Fale-me acerca disso.

3 = reconhece traço ou outras pessoas já lhe têm dito que ele(a) é assim.

24. Você disse que já houve [Já houve] pessoas que lhe disseram que você é rígido(a) ou teimoso(a).

Fale-me acerca disso.

PELO MENOS QUATRO ITENS SÃO CODIFICADOS COM "3"

1 3 50

DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE OBSESSIVO-COMPULSIVO

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

**DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
PASSIVO-AGRESSIVO**
**CRITÉRIOS DO
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
PASSIVOAGRESSIVO**

Um padrão persistente de atitudes de oposição e resistência passiva perante exigências de um desempenho adequado, começando no início da idade adulta e estando presente numa grande variedade de contextos, como indicado por quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:

- | | | | |
|---|--|----------------|-----------|
| <p>25. Você disse que quando [Quando] alguém lhe pede para fazer alguma coisa que você não quer fazer, diz que "sim" mas depois trabalha devagar ou faz um mau trabalho.</p> <p>Dê-me alguns exemplos de quando isto aconteceu.</p> | <p>(1) resistência passiva a cumprir a rotina social e tarefas laborais.</p> <p>3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>51</p> |
| <p>26. Você disse que quando [Quando] há alguma coisa que você não quer fazer, é costume "esquecer-se" dela.</p> <p>Dê-me alguns exemplos de quando isto aconteceu.</p> | | | |
| <p>27. Você disse que sente [Sente] frequentemente que os outros não o(a) compreendem ou não apreciam o seu esforço.</p> <p>Fale-me mais acerca disto. (Queixa-se disto às outras pessoas?)</p> | <p>(2) queixas de incompreensão e de ser desprezado pelos outros.</p> <p>3 = reconhece traço.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>52</p> |
| <p>28. Você disse que é costume [É costume] ser rabugento e envolver-se em discussões.</p> <p>Fale-me de quando isto acontece.</p> | <p>(3) hostilidade e facilidade para discutir.</p> <p>3 = reconhece traço.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>53</p> |

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

29. Você disse que se tem [Tem-se] apercebido que a maior parte dos seus chefes, professores, supervisores, médicos e outras pessoas que é suposto saberem o que estão a fazer, na realidade, não sabem. (4) crítica e desprezo irrazoáveis pela autoridade. ? 1 2 3 54
3 = vários exemplos.
Fale-me acerca disto.
30. Você disse que pensa [Pensa] frequentemente que não é justo que as outras pessoas tenham mais do que você tem. (5) mostra inveja e ressentimento para com as pessoas aparentemente mais afortunadas. ? 1 2 3 55
3 = exemplos de inveja e ressentimento.
Fale-me um pouco mais acerca disto.
31. Você disse que é frequente [É frequente] queixar-se de já ter tido mais do que a sua quota de coisas más. (6) queixa-se aberta e exageradamente pela sua má sorte. ? 1 2 3 56
3 = diz que estão sempre a acontecer coisas más (não limitado a períodos de tempo particularmente maus na vida do indivíduo).
Olhando para trás, sente que lhe estão sempre a acontecer coisas más.?
32. Você disse que é costume [É costume] zangar-se e recusar-se a fazer o que os outros querem e, mais tarde, sentir-se mal e pedir desculpa. (7) alternância entre ameaças hostis e arrependimento. ? 1 2 3 57
3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo.
Fale-me mais acerca disto.
- PELO MENOS QUATRO ITENS SÃO COTADOS COM "3" 1 3 58
↓

DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
PASSIVO-
-AGRESSIVO

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

**DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
DEPRESSIVO**
**CRITÉRIOS DE
DIAGNÓSTICO PARA O
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
DEPRESSIVO**

NOTA: Os critérios do DSM-IV excluem o diagnóstico de Distúrbio de Personalidade Depressivo, se o comportamento ocorrer unicamente durante Episódios Depressivos Major ou se corresponder melhor a uma Perturbação Distímica. No Guia do Utilizador encontra-se uma discussão acerca das opções de operacionalização deste critério

Um padrão persistente de cognições e comportamentos depressivos, começando no início da idade adulta e estando presente numa grande variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

33. Você disse que se sente frequentemente infeliz ou que *[Sente-se frequentemente infeliz ou]* sente que não há nada na vida que lhe dê prazer.

(1) o humor habitual é dominado por sentimentos de abatimento, tristeza, desânimo, desilusão ou infelicidade.

? 1 2 3

59

3 = reconhece traço

Fale-me acerca disso.

34. Você disse que acredita *[Acredita]* que é basicamente uma pessoa inadequada, sendo habitual não se sentir bem consigo próprio(a).

(2) o auto-conceito centra-se em redor de crenças de inadequação, menos valia e baixa auto-estima.

? 1 2 3

60

3 = reconhece traço

Fale-me acerca disso.

35. Você disse que é habitual *[É habitual]* desvalorizar-se a si próprio(a).

(3) critica-se, culpa-se e desvaloriza-se.

? 1 2 3

61

3 = reconhece traço

Fale-me acerca disso.

36. Você disse que é habitual *[É habitual]* pensar, durante muito tempo, nas coisas más que aconteceram no passado ou preocupar-se com coisas más que podem acontecer no futuro.

(4) é meditabundo e excessivamente preocupado com tudo.

? 1 2 3

62

3 = reconhece traço

Fale-me acerca disso.

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

37. Você disse que é frequente [É frequente] fazer juízos muito severos acerca dos outros e criticá-los com facilidade. (5) contradiz, critica e julga os outros. ? 1 2 3 63
Dê-me alguns exemplos do tipo de coisas que costuma criticar. 3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo.
38. Você disse que acha [Acha] que a maior parte das pessoas não presta. Fale-me acerca disso.
39. Você disse que é costume [É costume] esperar que as coisas acabem por correr mal. (6) mostra-se pessimista. ? 1 2 3 64
Fale-me acerca disso. 3 = reconhece traço
40. Você disse que se sente [Sente-se] frequentemente culpado(a) por coisas que fez ou por coisas que não fez e devia ter feito. (7) tende a sentir-se culpado ou com remorsos. ? 1 2 3 65
Que tipo de coisas? 3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo.
- PELO MENOS CINCO ITENS SÃO COTADOS COM "3" 1 3 66
↓

**DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
DEPRESSIVO**

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

**DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
PARANÓIDE**
**CRITÉRIOS DO
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
PARANÓIDE**

NOTA: O comportamento NÃO deve ser considerado característico de Distúrbio de Personalidade Paranóide se ocorrer exclusivamente durante o curso de uma Esquizofrenia, de um Distúrbio do Humor Com Características Psicóticas, de outro Distúrbio Psicótico ou se for devido aos efeitos fisiológicos directos de uma condição médica geral.

Desconfiança e suspeição persistentes em relação aos outros, de forma que os motivos destes são interpretados como malévolos, começando no início da idade adulta e estando presente numa variedade de contextos tal como indicam quatro ou mais das seguintes características:

- | | | | |
|--|---|----------------|-----------|
| <p>41. Você disse que tem <i>[Tem]</i>, habitualmente, que "estar de olho bem aberto" para evitar que os outros abusem de si ou o(a) magoem.</p> <p>Fale-me acerca disso.</p> | <p>(1) suspeita, sem bases suficientes, de que os outros se aproveitam deles, os prejudicam ou enganam.</p> <p>3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>67</p> |
| <p>42. Você disse que costuma <i>[Costuma]</i> passar grande parte do tempo a pensar se pode confiar nos seus amigos ou nas pessoas com quem trabalha.</p> <p>Descreva-me situações em que teve este sentimento.</p> <p>(Sente-se assim muitas vezes?)</p> | <p>(2) preocupação com dúvidas injustificadas acerca da lealdade ou confiança de amigos ou colegas.</p> <p>3 = reconhece que isto é característico de quase todas as relações.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>68</p> |
| <p>43. Você disse que acha <i>[Acha]</i> que é melhor não deixar que os outros saibam muito acerca de si porque vão utilizar isso contra si.</p> <p>Quando é que isto aconteceu? Conte-me como foi.</p> | <p>(3) relutância em confiar nos outros por medo injustificado de que a informação seja maliciosamente usada contra si.</p> <p>3 = reconhece que a relutância em confiar nos outros é devida a desconfiança (não unicamente a medo da rejeição)</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>69</p> |

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

44. Você disse que detecta (4) interpreta como segundas ? 1 2 3 70
[Detecta] frequentemente intenções ou ameaças,
ameaças ou insultos dissimu- acontecimentos e relatos
lados nas coisas que as benignos.
pessoas dizem ou fazem?
Dê-me alguns exemplos. 3 = reconhece traço e fornece
pelo menos um exemplo.
45. Você disse que acha [Acha] (5) persistência em guardar ? 1 2 3 71
que é o tipo de pessoa que ressentimentos (isto é, incapacidade de esquecer ofensas, injúrias ou indelicadezas).
guarda ressentimentos ou que demora muito tempo a perdoar quem o(a) insultou ou desprezou.
Fale-me acerca disso. 3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo.
46. Você disse que há [Há] muitas pessoas a quem você não consegue perdoar porque lhe fizeram ou disseram qualquer coisa há muito tempo atrás.
Fale-me acerca disso.
47. Você disse que fica [Fica] (6) percepção de ataques ao seu ? 1 2 3 72
frequentemente zangado(a) ou carácter e reputação, não aparentes para os outros, aos quais reage rapidamente com raiva ou insulta.
Dê-me alguns exemplos. 3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo.
(Os outros acham que você se ofende com muita facilidade?)
48. Você disse que é habitual [É habitual] desconfiar que o seu (7) suspeição recorrente, sem ? 1 2 3 73
cônjuge ou parceiro(a) lhe foi justificação, em relação à fidelidade do cônjuge ou infiel. parceiro sexual.
Fale-me acerca disso. 3 = exemplos de suspeição injustificada com vários parceiros ou em várias ocasiões com o mesmo parceiro OU reconhece traço.

PELO MENOS QUATRO
ITENS SÃO COTADOS COM
"3"

1 3 74
↓

DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
PARANÓIDE

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

DISTÚRPIO DE PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICO

CRITÉRIOS DO DISTÚRPIO DE PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICO

Nota: O comportamento NÃO deve ser considerado característico de Distúrbio de Personalidade Esquizotípico se ocorrer exclusivamente durante o curso de uma Esquizofrenia, de um Distúrbio do Humor Com Características Psicóticas, de outro Distúrbio Psicótico ou de uma Perturbação Global do Desenvolvimento.

Um padrão persistente de défices sociais e interpessoais marcados por desconforto agudo nas, e reduzida capacidade para, relações de proximidade, bem como distorções perceptivas e cognitivas e excentricidades do comportamento, começando no início da idade adulta e estando presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

49. Você disse que, quando [Quando] está em público e vê outras pessoas a conversar, sente habitualmente que estão a falar de si.

(1) ideias de referência ? 1 2 3
(excluindo delírios de referência)

75

Fale-me mais acerca disto.

3 = vários exemplos

50. Você disse que tem [Tem] frequentemente a sensação que coisas que não têm significado especial para a maioria das pessoas têm, na realidade, como objectivo transmitir-lhe uma mensagem a si.

Fale-me mais acerca disto.

51. Você disse que quando [Quando] está com outras pessoas, tem muitas vezes a sensação que está a ser observado(a) ou olhado(a) fixamente.

Fale-me mais acerca disto.

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

52. Você disse que já [*Já alguma vez*] sentiu que podia fazer coisas acontecer apenas por formular um desejo ou por pensar nelas. (2) crenças bizarras ou pensamento mágico que influenciam o comportamento e são inconsistentes com as normas subculturais (por exemplo, superstições, crenças de clarividência, telepatia ou "sexto sentido"; em crianças ou adolescente, preocupações ou fantasias bizarras). ? 1 2 3 76
- Fale-me acerca disso.
- (De que forma é que isso o(a) afectou?)

3 = vários exemplos destes fenómenos que influenciam o comportamento e são inconsistentes com as normas subculturais

53. Você disse que já [*Já alguma vez*] teve experiências pessoais com o sobrenatural.

Fale-me acerca disso.

(De que forma é que isso o(a) afectou?)

54. Você disse que acredita [*Acredita*] que possui um "sexto sentido" que lhe permite saber e prever coisas que os outros não conseguem.

Fale-me acerca disso.

(De que forma é que isso o(a) afecta?)

55. Você disse que lhe parece [*Parece-lhe*] frequentemente que objectos ou sombras são, na verdade, pessoas ou animais ou que ruídos são, na realidade, vozes de pessoas. (3) experiências perceptivas invulgares, incluindo ilusões corporais. ? 1 2 3 77

Dê-me alguns exemplos.

(Quando isso aconteceu você tinha bebido ou consumido drogas?)

3 = vários exemplos das experiências perceptivas invulgares, não devidas a drogas ou a uma condição médica geral

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

56. Você disse que já [*Já alguma vez*] teve a sensação que alguma pessoa ou força estava junto de si, mesmo que não conseguisse ver ninguém.

Fale-me mais acerca disso.

(Quando isso aconteceu você tinha bebido ou consumido drogas?)

57. Você disse que vê [*Vê*] frequentemente aureas ou campos de energia à volta das pessoas.

Fale-me mais acerca disso.

(Quando isso aconteceu você tinha bebido ou consumido drogas?)

OBSERVADO DURANTE A ENTREVISTA	(4) pensamento e discurso bizarros (por exemplo, vago, metafórico, circunstancial, demasiado elaborado ou estereotipado).	? 1 2 3	78
COTAR "3" SE ALGUM DOS CRITÉRIOS DE DISTÚRPIO PARANÓIDE (1), (2), (3), (4) OU (7) ESTIVEREM COTADOS COM "3"	(5) desconfiança ou ideação paranóide	? 1 2 3	79
OBSERVADO DURANTE A ENTREVISTA	(6) inadequação ou restrição afectivas.	? 1 2 3	80
OBSERVADO DURANTE A ENTREVISTA	(7) comportamento e aparência bizarra, excêntrica ou peculiar.	? 1 2 3	81
58. Você disse que há [<i>Há</i>] muito poucas pessoas de quem é realmente próximo, para além dos seus familiares em 1º grau.	(8) ausência de amigos íntimos ou confidentes para além de familiares em primeiro grau.	? 1 2 3	82
Quantos amigos próximos você tem?	3 = não há amigos próximos (para além dos familiares em primeiro grau)		

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

59. Você disse que se sente (9) ansiedade social excessiva ? 1 2 3 83
 [Sente-se] habitualmente que não diminui com a
 nervoso(a) quando está com familiaridade e tende a estar
 outras pessoas. associada a receios paranóides e
 não a juízos negativos acerca de
 si próprio.

Fica nervoso com quê?

(Continua ansioso mesmo se
 já as conhecer há algum
 tempo?)

3 = reconhece ansiedade
 excessiva relacionada
 com a suspeição acerca
 dos motivos das outras
 pessoas

PELO MENOS CINCO
 ITENS SÃO COTADOS COM
 "3"

1 3 84
 ↓

DISTÚRBIO DE
 PERSONALIDADE
 ESQUIZOTÍPICO

? = informação inadequada. 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

**DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
ESQUIZÓIDE**
**CRITÉRIOS DO
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
ESQUIZÓIDE**

NOTA: O comportamento NÃO deve ser considerado característico de Distúrbio de Personalidade Esquizóide se ocorrer exclusivamente durante o curso de uma Esquizofrenia, de um Distúrbio do Humor Com Características Psicóticas, de outro Distúrbio Psicótico ou de uma Perturbação Global do Desenvolvimento ou se for devido aos efeitos fisiológicos directos de uma condição médica geral.

Um padrão persistente de afastamento das relações sociais e restrição da expressão emocional em situações interpessoais, começando no início da idade adulta e estando presente numa variedade de contextos como indicado em quatro (ou mais) dos seguintes:

- | | | | |
|---|--|----------------|-----------|
| <p>60. Você disse que, para si, <i>[Para si,]</i> NÃO é importante se tem ou não uma relação próxima.</p> <p>Fale-me mais acerca disso.</p> <p>(E com a sua família?)</p> | <p>(1) nem desejo nem prazer nas relações íntimas, incluindo relações familiares.</p> <p>3 = reconhece traço</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>85</p> |
| <p>61. Você disse que prefere <i>[Você prefere]</i>, a maior parte das vezes, fazer as coisas sozinho(a) a fazê-las com outras pessoas.</p> <p>(Isto é verdade quer no trabalho quer durante o seu tempo livre?)</p> | <p>(2) escolha, quase sempre, de actividades solitárias.</p> <p>3 = reconhece traço</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>86</p> |
| <p>62. Você disse que se sentiria <i>[Sentir-se-ia]</i> satisfeito sem nunca se envolver sexualmente com alguém.</p> <p>Fale-me mais acerca disso.</p> <p>(Você sempre teve pouco interesse em ter relações sexuais?)</p> | <p>(3) pouco, se algum, interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa.</p> <p>3 = reconhece traço</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>87</p> |

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

- | | | | |
|---|--|----------------|-----------|
| <p>63. Você disse que existem [Existem] realmente muito poucas coisas que lhe dão prazer?</p> <p>Fale-me acerca disso.</p> <p>(E as coisas físicas tais como uma boa refeição ou relações sexuais?)</p> <p>JÁ CODIFICADO NO CRITÉRIO (8) PARA DISTÚRPIO DE PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICO.</p> | <p>(4) prazer em poucas, se alguma, actividades.</p> <p>[Nota: A ausência de prazer aplica-se especialmente a experiências sensoriais, corporais e interpessoais]</p> <p>3 = reconhece traço</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>88</p> |
| <p>64. Você disse que não [Não] lhe importa realmente o que as pessoas pensam de si?</p> <p>Como é que se sente quando as pessoas o(a) elogiam ou o(a) criticam?</p> | <p>(6) aparenta indiferença ao elogio ou crítica dos outros.</p> <p>3 = refere ser indiferente ao elogio ou à crítica</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>89</p> |
| <p>65. Você disse que lhe parece [Parece-lhe] que nada o(a) faz sentir nem muito feliz nem muito triste?</p> <p>Fale-me mais acerca disso. (CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA)</p> | <p>(7) mostra frieza emocional, desprendimento relacional ou embotamento afectivo.</p> <p>3 = ocorrendo não exclusivamente durante um Distúrbio do Humor</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>90</p> |
| <p>PELO MENOS QUATRO ITENS SÃO COTADOS "3"</p> | | <p>1 3</p> | <p>91</p> |
| | | <p>↓</p> | <p>92</p> |

**DISTÚRPIO DE
PERSONALIDADE
ESQUIZÓIDE**

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

DISTÚRPIO DE
PERSONALIDADE
HISTRIÓNICOCRITÉRIOS DO
DISTÚRPIO DE
PERSONALIDADE
HISTRIÓNICO

Um padrão persistente de excessiva emocionalidade e procura de atenção, começando no início da idade adulta e estando presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

- | | | | |
|---|--|----------------|-----------|
| <p>66. Você disse que gosta [<i>Gosta</i>] de ser o centro das atenções.</p> <p>Como é que se sente quando não é?</p> | <p>(1) desconforto em situações nas quais não é o centro das atenções.</p> <p>3 = sente-se desconfortável quando não é o centro das atenções</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>93</p> |
| <p>67. Você disse que é [<i>É</i>] frequente você fazer jogos de sedução.</p> <p>Alguém se queixou acerca disto? (CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA)</p> | <p>(2) interação com os outros frequentemente caracterizada por sedução sexual inapropriada ou comportamento provocador.</p> <p>3 = reconhece queixas, descreve comportamento inapropriado ou, durante a entrevista, observa-se comportamento sedutor inapropriado</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>94</p> |
| <p>68. Você disse que é [<i>Você é</i>] atiradiço(a).</p> <p>Fale-me acerca disto. (CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA)</p> | | | |
| <p>OBSERVADO DURANTE A ENTREVISTA</p> | <p>(3) alterações rápidas e superficialidade da expressão emocional.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>95</p> |

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

69. Você disse que tenta [Tenta] atrair as atenções sobre si através da forma como se veste ou apresenta.	(4) uso consistente da aparência física para atrair a si as atenções.	? 1 2 3	96
Como é que o faz?	3 = fornece exemplos e reconhece que o comportamento ocorre constantemente		
Você faz isto constantemente?			
OBSERVADO DURANTE A ENTREVISTA	(5) discurso excessivamente impressionístico e com pouco pormenor.	? 1 2 3	97
70. Você disse que faz [Faz] muitas vezes questão de ser dramático(a) e teatral.	(6) mostra auto-dramatização, teatralidade e exagero na expressão emocional.	? 1 2 3	98
Fale-me acerca disso. (CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA)	3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo		
(Gosta de mostrar as suas emoções — por exemplo, abraçando as pessoas, mesmo que não as conheça muito bem, ou chorando com facilidade?)			
71. Você disse que muda [Muda] frequentemente de ideias acerca das coisas consoante as pessoas com quem está ou consoante o que acabou de ler ou de ver na televisão.	(7) sugestionabilidade (isto é, é facilmente influenciável pelos outros ou pelas circunstâncias).	? 1 2 3	99
Fale-me mais acerca disso.	3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo		
72. Você disse que tem [Tem] imensos amigos de quem é muito próximo(a)	(8) considera como muito íntimas relações que, na realidade, não o são.	? 1 2 3	100
Quantos? Quem são?	3 = reclama ter muito mais relações "íntimas" do que é acreditável.		
PELO MENOS CINCO ITENS SÃO COTADOS "3"	1 3		101

**DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
HISTRIÓNICO**

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

**DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
NARCÍSICO**
**CRITÉRIOS DO
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
NARCÍSICO**

Um padrão persistente de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e ausência de empatia, começando no início da idade adulta e estando presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes.

- | | | | |
|---|---|----------------|------------|
| <p>73. Você disse que costuma [Você costuma] achar que as pessoas não são capazes de apreciar os seus sucessos ou talentos especiais.</p> <p>Dê-me um exemplo.</p> | <p>(1) sentimento grandioso de importância pessoal (por exemplo, exagera talentos e realizações; espera ser reconhecido como superior, sem ter realizações proporcionais).</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>102</p> |
| <p>74. Você disse que as pessoas lhe têm [As pessoas têm-lhe] dito que você tem um conceito demasiado elevado de si próprio(a).</p> <p>Dê-me alguns exemplos disto.</p> | <p>3 = pelo menos um exemplo de grandiosidade</p> | | |
| <p>75. Você disse que pensa [Pensa] muito no poder, fama ou reconhecimento que um dia virá a ter.</p> <p>Fale-me mais acerca disto.</p> <p>(Quanto tempo gasta a pensar nestas coisas?)</p> | <p>(2) preocupação com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilhantismo, beleza ou o amor ideal.</p> <p>3 = grande parte do tempo gasto a sonhar acordado ou na busca de metas irrealistas</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>103</p> |
| <p>76. Você disse que pensa [Pensa] muito no romance perfeito que um dia virá a ter.</p> <p>Fale-me mais acerca disto.</p> <p>(Quanto tempo gasta a pensar nisto?)</p> | | | |

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

77. Você disse que, quando *[Quando]* tem um problema, insiste quase sempre em falar com a pessoa mais importante (o chefe, o gerente, etc.). (3) crenças de que é "especial" e único e que só pode ser compreendido por, ou deveria estar associado a, outras pessoas (ou instituições) especiais ou com elevado *status*. ? 1 2 3 104
- Dê-me alguns exemplos.
- (Porque é que tem que falar com a pessoa mais importante?) 3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo
78. Você disse que sente *[Sente]* que é importante passar tempo com pessoas que são especiais ou influentes.
- Porque é que isso é importante?
79. Você disse que, para si, *[Para si]* é muito importante que as pessoas lhe dêem atenção ou o(a) admirem de alguma forma. (4) requer admiração excessiva. ? 1 2 3 105
- Fale-me acerca disso.
- 3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo
80. Você disse que pensa *[Pensa]* que não é necessário obedecer a certas regras ou convenções sociais quando elas se interpõem no seu caminho. (5) sentido de grandiosidade (isto é, tem expectativas irrazoáveis de tratamento especialmente favorável ou de adesão automática às suas expectativas). ? 1 2 3 106
- Dê-me alguns exemplos.
- 3 = vários exemplos
- Porque é que você pensa dessa forma?
81. Você disse que sente *[Sente]* que é o tipo de pessoa que merece tratamento especial.
- Fale-me mais acerca disso.
82. Você disse que lhe parece *[Parece-lhe]* que muitas vezes é preciso "passar por cima dos outros" para conseguir o que quer. (6) tirar partido dos outros (isto é, utiliza os outros para atingir os seus próprios fins). ? 1 2 3 107
- Dê-me alguns exemplos disso.
- 3 = vários exemplos em que outra pessoa é explorada
- (Isso acontece frequentemente?)

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

83. Você disse que é frequente [*É frequente*] ter que pôr as suas necessidades acima das necessidades dos outros.

Dê-me alguns exemplos de quando isso acontece.

84. Você disse que espera, [*Espera*] muitas vezes, que os outros façam o que você pede sem questionarem, por você ser quem é.

(Isto acontece muitas vezes?)

85. Você disse que [*Você*] NÃO está realmente interessado nos problemas ou sentimentos das outras pessoas.

(7) ausência de empatia: incapacidade para reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades dos outros.

? 1 2 3

108

Fale-me acerca disto.

3 = reconhece traço OU fornece vários exemplos

86. Você disse que já houve quem se queixasse de você não ouvir ou não se preocupar com os sentimentos dos outros. [*Já alguma pessoa se queixou de que você não a ouviu ou não se preocupa com os sentimentos dela*].

Fale-me acerca disto.

87. Você disse que tem, [*Tem*] frequentemente, inveja dos outros.

(8) tem, frequentemente, inveja dos outros ou acredita que os outros têm inveja de si.

? 1 2 3

109

Fale-me acerca disto. (Quão frequentemente se sente assim?)

3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo

88. Você disse que sente [*Sente*] que os outros têm, frequentemente, inveja de si.

Porque é que eles têm inveja de si?

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

89. Você disse que lhe parece. (9) demonstrações de arrogância, ? 1 2 3 110
 [Parece-lhe] que há muito comportamentos ou atitudes
 poucas pessoas que merecem altivas.
 o seu tempo e atenção.

Fale-me acerca disso.

3 = reconhece traço ou é
 observado durante a entrevista.

(CONSIDERAR TAMBÉM
 O COMPORTAMENTO DU-
 RANTE A ENTREVISTA)

PELO MENOS CINCO
 ITENS SÃO COTADOS COM
 "3"

1 3 111

DISTÚRBIO DE
 PERSONALIDADE
 NARCÍSICO

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

**DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
BORDERLINE**

**CRITÉRIOS DO
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
BORDERLINE**

Um padrão persistente de instabilidade no relacionamento interpessoal, na auto-imagem e nos afectos, e impulsividade marcada, começando no início da idade adulta e estando presente numa variedade de contextos como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

90. Você disse que é costume [*É costume*] ficar desesperado(a) quando pensa que alguém de quem você realmente gosta o(a) vai deixar.

Nessas alturas, o que costuma fazer?

(Ameaçou-o(a) ou discutiu com ele(a), desculpando-se ou tentando convencê-lo(a) a não o(a) deixar?)

(1) esforços desesperados para evitar o abandono real ou imaginado. *Nota:* Não incluir comportamento suicídario ou auto-mutilações, descritos no critério 5.

3 = vários exemplos

? 1 2 3

112

91. Você disse que é frequente [*É frequente*] as relações com pessoas de quem você realmente gosta serem caracterizadas por grandes altos e baixos.

Fale-me acerca dessas relações.

(Houve alturas em que você pensou que uma relação era tudo o que você queria e outras alturas em que pensou que essa relação era terrível? Quantas relações foram assim?)

(2) padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado por alternância entre extremos de idealização e de desvalorização.

3 = ou uma relação longa ou várias relações breves, nas quais o padrão de alternância ocorre pelo menos duas vezes

? 1 2 3

113

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

92. Você disse que já mudou [*Já mudou*] repentinamente o conceito que tem de si e os seus objectivos. (3) perturbação da identidade: ? 1 2 3 114
instabilidade persistente e marcada da auto-imagem ou do seu sentido de identidade

Dê-me alguns exemplos disto.

93. Você disse que o conceito [*O conceito*] que tem de si muda frequentemente e de forma dramática. [Nota: Não incluir a incerteza normal da adolescência.]

3 = reconhece traço

Fale-me mais acerca disto.

94. Você disse que você é [*Você é*] diferente com pessoas diferentes ou em situações diferentes, de forma que, por vezes, não sabe quem é na realidade.

Dê-me alguns exemplos disto.
(Sente-se assim muitas vezes?)

95. Você disse que tem [*Tem*] havido muitas mudanças súbitas nos seus objectivos, planos profissionais, crenças religiosas, etc.

Fale-me mais acerca disto.

96. Você disse que tem feito, [*Tem feito*] muitas vezes, coisas de forma impulsiva. (4) impulsividade em, pelo menos, duas áreas que são potencialmente auto-lesivas (por exemplo, gastos, sexo, abuso de substâncias, condução negligente, voracidade alimentar). Nota: Não incluir comportamento suicidário ou auto-mutilações, descritos no critério 5. ? 1 2 3 115

Que tipo de coisas?

(Coisas como...

...comprar coisas que na realidade não podia pagar?

...ter relações sexuais com pessoas que mal conhecia, ou praticar "sexo sem protecção"?

...beber demasiado ou consumir drogas?

...conduzir de forma ousada?

...comer descontroladamente?)

3 = vários exemplos indicadores de um padrão de comportamento impulsivo (não necessariamente circunscritos aos exemplos referidos)

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

SE RESPONDEU "SIM"
A ALGUMA DAS
ANTERIORES: Fale-me
acerca disso. Com que
frequência acontece? Que
tipo de problemas já lhe
causou?

- | | | | |
|--|--|----------------|------------|
| <p>97. Você disse que já tentou magoar-se ou matar-se ou que <i>[Já alguma vez tentou magoar-se ou matar-se ou]</i> já ameaçou fazê-lo.</p> | <p>(5) comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio, ou comportamento auto-mutilante.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>116</p> |
| <p>98. Você disse que já <i>[Já alguma vez]</i> se cortou, queimou ou arranhou propositadamente.</p> <p>Fale-me acerca disso.</p> | <p>3 = dois ou mais eventos (quando não está presente um Episódio Depressivo Major)</p> | | |
| <p>99. Você disse que tem <i>[Tem]</i> muitas mudanças bruscas de humor.</p> <p>Fale-me acerca disso.</p> <p>(Quanto dura o seu "mau" humor? Com que frequência acontecem estas mudanças de humor? Quão subitamente muda o seu humor?)</p> | <p>(6) instabilidade afectiva devida a acentuada reactividade do humor (por exemplo, episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade, habitualmente durando poucas horas e, só raramente, mais do que alguns dias).</p> <p>3 = reconhece traço</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>117</p> |
| <p>100. Você disse que tem, <i>[Tem]</i> frequentemente, sentimentos de vazio</p> <p>Fale-me acerca disso.</p> | <p>(7) sentimentos crónicos de vazio.</p> <p>3 = reconhece traço</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>118</p> |
| <p>101. Você disse que tem, frequentemente, explosões temperamentais ou que <i>[Tem, frequentemente, explosões temperamentais ou]</i> fica tão zangado(a) que perde o controlo.</p> <p>Fale-me acerca disso.</p> | <p>(8) raiva intensa e inapropriada ou dificuldades em controlá-la (por exemplo, episódios frequentes de destempero, sentimentos constantes de raiva, brigas recorrentes).</p> <p>3 = reconhece traço e fornece pelo menos um exemplo</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>119</p> |

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

102. Você disse que, quando
[Quando] fica zangado(a),
bate nas pessoas ou atira
objectos.

Fale-me acerca disso.

(Isto acontece muitas vezes?)

103. Você disse que fica [Fica]
muito zangado(a) mesmo por
coisas pequenas.

Quando é que isto acontece?

(Acontece muitas vezes?)

104. Você disse que quando
[Quando] está sob muita ten-
são, desconfia das pessoas ou
sente-se como se não estives-
se ali, como se não fosse você
ou como se aquela situação
não estivesse a acontecer.

Fale-me acerca disso.

(9) ideação paranóide transitória
reactiva ao stress ou sintomas
dissociativos graves.

3 = vários exemplos que
não ocorrem exclusiva-
mente durante um Dis-
túrbio Psicótico ou um
Distúrbio do Humor com
Características Psicóticas

PELO MENOS CINCO
ITENS SÃO COTADOS COM
"3"

? 1 2 3

120

1 3

121

DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
BORDERLINE

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

**DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL**
**CRITÉRIOS DO
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL**

Nota: O comportamento não deve ser considerado característico do Distúrbio de Personalidade Anti-Social se ocorrer exclusivamente durante o curso de uma Esquizofrenia ou de um Episódio maníaco.

B. O indivíduo tem pelo menos 18 anos de idade.

? 1 2 3

122

C. Há evidência de Distúrbio de Conduta com início anterior aos 15 anos de idade [como evidenciado por, pelo menos, dois dos seguintes:]

105. Você disse que antes [*Antes*] dos 15 anos, costumava brigar ou ameaçar outras crianças.

(1) (Antes dos 15 anos) brigava, ameaçava ou intimidava as outras pessoas com frequência.

? 1 2 3

123

Fale-me acerca disso.

106. Você disse que antes [*Antes*] dos 15 anos, costumava iniciar lutas físicas.

(2) (Antes dos 15 anos) iniciava, com frequência, lutas físicas.

? 1 2 3

124

Com que frequência?

107. Você disse que, antes dos 15 anos [*Antes dos 15 anos, alguma vez*], feriu ou ameaçou alguém com uma arma como, por exemplo, um pau, um tijolo, uma garrafa partida, uma navalha ou uma pistola.

(3) (Antes dos 15 anos) utilizou uma arma que podia causar grave danos físicos aos outros (ex., um pau, um tijolo, uma garrafa partida, uma navalha ou uma pistola).

? 1 2 3

125

Fale-me acerca disso.

108. Você disse que antes dos 15 anos, [*Antes dos 15 anos, alguma vez*] torturou ou causou dor física e sofrimento a alguém de propósito.

(4) (Antes dos 15 anos) manifestou crueldade física para com as pessoas.

? 1 2 3

126

O que é que fez?

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

- | | | | |
|---|---|---------|-----|
| 109. Você disse que antes dos 15 anos, [Antes dos 15 anos, alguma vez] torturou ou feriu animais de propósito. | (5) (Antes dos 15 anos) manifestou crueldade física para com os animais. | ? 1 2 3 | 127 |
| O que é que fez? | | | |
| 110. Você disse que antes dos 15 anos, [Antes dos 15 anos, alguma vez] roubou, assaltou ou tirou algo de alguém à força, ameaçando-o(a). | (6) (Antes dos 15 anos) roubou confrontando-se com a vítima (por exemplo, assalto, roubo de carteiras, extorsão, assalto à mão armada). | ? 1 2 3 | 128 |
| Fale-me acerca disso. | | | |
| 111. Você disse que antes dos 15 anos, [Antes dos 15 anos, alguma vez] forçou alguém a ter relações sexuais consigo, a despir-se na sua frente ou a tocá-lo(a) sexualmente. | (7) (Antes dos 15 anos) forçou alguém a ter relações sexuais. | ? 1 2 3 | 129 |
| Fale-me acerca disso. | | | |
| 112. Você disse que antes dos 15 anos, [Antes dos 15 anos, alguma vez] pegou fogos. | (8) (Antes dos 15 anos) lançou deliberadamente fogo com a intenção de causar prejuízos graves. | ? 1 2 3 | 130 |
| Fale-me acerca disso. | | | |
| 113. Você disse que antes dos 15 anos, [Antes dos 15 anos, alguma vez] destruiu deliberadamente coisas que não eram suas. | (9) (Antes dos 15 anos) destruiu deliberadamente propriedade alheia (sem ser por provocar incêndio). | ? 1 2 3 | 131 |
| O que é que você fez? | | | |
| 114. Você disse que antes dos 15 anos, [Antes dos 15 anos, alguma vez] arrombou casas, outros edifícios ou carros. | (10) (Antes dos 15 anos) arrombou a casa, a propriedade ou o automóvel de outra pessoa. | ? 1 2 3 | 132 |
| Fale-me acerca disso. | | | |

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

- | | | | |
|---|---|---------|-----|
| 115. Você disse que antes dos 15 anos, [<i>Antes dos 15 anos, alguma vez</i>] era costume mentir ou enganar outras pessoas. | (11) (Antes dos 15 anos) mentiu para obter ganhos ou favores ou para evitar obrigações (por exemplo, "vigarizar" os outros). | ? 1 2 3 | 133 |
| Mentia acerca de quê? | | | |
| 116. Você disse que antes [<i>Antes</i>] dos 15 anos, acontecia algumas vezes roubar ou tirar coisas das lojas, ou falsificar a assinatura de alguém. | (12) (Antes dos 15 anos) roubou objectos de certo valor, sem confrontação com a vítima (por exemplo, roubo em lojas mas sem partir ou forçar a entrada, falsificações). | ? 1 2 3 | 134 |
| Fale-me acerca disso. | | | |
| 117. Você disse que antes dos 15 anos, [<i>Antes dos 15 anos, alguma vez</i>] fugiu de casa e esteve fora a noite inteira. | (13) (Antes dos 15 anos) fugiu de casa e esteve fora a noite inteira, pelo menos duas vezes, enquanto vivia na casa dos pais ou tutores (ou uma vez, estando ausente por um período de tempo prolongado). | ? 1 2 3 | 135 |
| Isso aconteceu mais que uma vez? | | | |
| (Com quem é que vivia nessa altura?) | | | |
| 118. Você disse que antes [<i>Antes</i>] dos 13 anos, era frequente sair até muito tarde, bastante depois da hora a que era suposto estar em casa. | (14) (Antes dos 13 anos) permanecia, frequentemente, fora de casa à noite, apesar da proibição dos pais. | ? 1 2 3 | 136 |
| Com que frequência acontecia? | | | |

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

119. Você disse que antes [Antes] (15) (Antes dos 13 anos) faltava ? 1 2 3 137
dos 13 anos, era frequente fal- frequentemente à escola.
tar à escola.

Com que frequência é que
isso acontecia?

PELO MENOS DOIS ITENS
SÃO COTADOS COM "3"
(i.e., "alguma" evidência de
distúrbio de conduta)

1 3 138

SE PREENCHE O
CRITÉRIO C DO
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL,
CONTINUE NA
PRÓXIMA PÁGINA

CONTINUE PARA
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
SEM OUTRA
ESPECIFICAÇÃO,
PÁGINA 41

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

Agora, desde os 15 anos...

A. Um padrão persistente de desrespeito e violação dos direitos dos outros, ocorrendo desde os 15 anos de idade, como indicado por três (ou mais) dos seguintes:

Fez coisas contrárias à lei — mesmo que não tenha sido "apanhado" — tais como roubar, usar ou vender drogas, passar cheques sem cobertura, ou ter relações sexuais por dinheiro?

(1) incapacidade para se conformar a normas sociais, no que diz respeito a comportamentos legais, como é demonstrado pelos actos repetidos que são motivo de detenção.

? 1 2 3

139

3 = vários exemplos

SE RESPONDER NÃO:
Alguma vez foi preso?
Porque razão?

Aconteceu-lhe frequentemente ter que mentir para conseguir o que queria?

(2) comportamento fraudulento, como é demonstrado pelo recurso frequente a mentiras e alibis, falsas identificações, ou "vigarrices" para obter lucro ou prazer.

? 1 2 3

140

(Alguma vez usou outro nome ou fingiu que era outra pessoa?)

3 = vários exemplos

(É frequente "enganar" os outros para conseguir o que quer?)

Faz frequentemente coisas de forma impulsiva, sem pensar em que medida o afectarão a si e aos outros?

(3) impulsividade ou incapacidade para antecipar consequências.

? 1 2 3

141

3 = vários exemplos

Que tipo de coisas?

Já houve períodos em que não tinha um local de residência fixo?

(Qual a duração desses períodos?)

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

(Desde os 15 anos), alguma vez se envolveu em lutas físicas? (4) irritabilidade e agressividade, como é demonstrado pelas repetidas lutas ou agressões físicas. ? 1 2 3 142

(Com que frequência?)

3= vários exemplos

Alguma vez bateu ou atirou objectos contra o seu cônjuge ou parceiro(a)?

(Com que frequência?)

Alguma vez bateu numa criança, sua ou de outra pessoa — com tanta força que ela ficou com hematomas, teve que ficar de cama ou teve que ser vista por um médico?

Conte-me como foi.

Já alguma vez ameaçou bater ou ferir alguém?

Conte-me como foi. (Com que frequência tem acontecido?)

Alguma vez conduziu um carro estando embriagado ou "pedrado"? (5) descuido e irresponsabilidade no que diz respeito à sua segurança e à dos outros. ? 1 2 3 143

Quantas multas por excesso de velocidade ou quantos acidentes de carro já teve?

3= vários exemplos

Protege-se sempre que tem relações sexuais com alguém que não conhece bem?

(Já alguém lhe apontou que você permitiu que uma criança, por quem era responsável, ficasse numa situação perigosa?)

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

Quanto tempo, nos últimos 5 anos, você esteve sem trabalhar?

SE FOR UM PERÍODO PROLONGADO: (Havia trabalho disponível?)

Quando esteve a trabalhar, faltou muitas vezes ao emprego?

SE SIM: Porquê?

Alguma vez abandonou um emprego sem ter outro para onde ir?

SE SIM: Quantas vezes isso aconteceu?

Alguma vez ficou a dever dinheiro a alguém e depois não lhe pagou? (Com que frequência isso aconteceu?)

E não pagar as despesas com os filhos ou não dar dinheiro aos filhos (ou a alguém que esteja dependente de si)?

SE HÁ EVIDÊNCIA DA PRÁTICA DE ACTOS ANTI-SOCIAIS E NÃO ESTÁ CLARO SE HÁ OU NÃO REMORSOS: Como é que se sente acerca de [LISTAR ACTOS ANTI-SOCIAIS]?

(Acha que o que fez está errado de alguma maneira?)

(6) irresponsabilidade permanente, como é demonstrado pela incapacidade repetida para manter um emprego regular, ou honrar obrigações financeiras.

3= vários exemplos

(7) ausência de remorso, como é demonstrado pela racionalização e indiferença com que reage após ter magoado, maltratado ou roubado alguém.

3 = ausência de remorso relativamente aos vários actos anti-sociais

? 1 2 3

144

? 1 2 3

145

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

PELO MENOS TRÊS ITENS
SÃO COTADOS COM "3"

1 3 146

PREENCHE
CRITÉRIO A DO
DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL

CRITÉRIOS A, B E C SÃO
COTADOS COM "3"

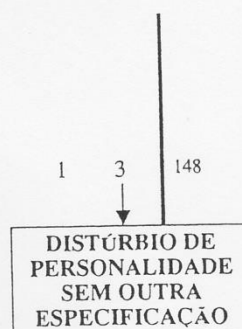
1 3 147

DISTÚRBIO DE
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

Esta categoria serve para as perturbações da personalidade que não preenchem critérios para nenhum Distúrbio de Personalidade específico. Um exemplo, é a presença de características de mais do que um Distúrbio de Personalidade Específico ("personalidade mista"), que não preenchem a totalidade dos critérios necessários para qualquer um dos Distúrbios de Personalidade; no entanto, o conjunto dessas características causa desconforto ou invalidação clinicamente significativos numa ou mais áreas do funcionamento (por exemplo, ao nível social ou ocupacional). Esta categoria pode também ser utilizada quando o clínico julgar adequado estabelecer um diagnóstico de um Distúrbio de Personalidade específico (por exemplo, distúrbio de personalidade auto-derrotista) que não esteja incluído na classificação.



? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

Questionário da entrevista (SCID-II-PQ)

Nome: _____

Data: _____ Sexo: _____ Contacto: _____

Estas questões são acerca da sua maneira de ser, ou seja, acerca de como, de uma maneira geral você se tem sentido e comportado ao longo da sua vida.

Você evitou trabalhos ou tarefas que envolvessem ter que lidar com muitas pessoas?	1	V	F
Evita envolver-se com pessoas, a não ser que tenha a certeza que estas gostarão de si?	2	V	F
É-lhe difícil “abrir-se” mesmo com pessoas que lhe são mais próximas?	3	V	F
Preocupa-se frequentemente com o ser criticado(a) ou rejeitado(a) em situações sociais?	4	V	F
Quando conhece novas pessoas, é habitual ficar inibido?	5	V	F
Acredita que não é tão bom(a), tão esperto(a) ou tão atraente quanto a maioria das pessoas?	6	V	F
Tem receio de se envolver em coisas novas?	7	V	F
Precisa de muitos conselhos ou apoio dos outros antes de tomar decisões no seu dia-a-dia (que roupa vestir, que prato comer)?	8	V	F
Depende de outras pessoas para gerir áreas importantes da sua vida (escola; educação dos filhos, assuntos domésticos)?	9	V	F
Tem dificuldade em discordar das outras pessoas mesmo quando pensa que elas estão erradas?	10	V	F
Tem dificuldade em iniciar ou realizar tarefas quando não tem quem o(a) ajude?	11	V	F
É costume oferecer-se para fazer coisas desagradáveis?	12	V	F
É habitual sentir-se desconfortável quando está por sua conta?	13	V	F
Quando uma relação próxima termina sente que tem de encontrar imediatamente alguém que tome conta de si?	14	V	F
Preocupa-se bastante com poder ficar sozinho(a) e ter que tomar conta de si próprio(a)?	15	V	F
Você é o tipo de pessoa que presta muita atenção a pormenores, ordem, organização ou que gosta de fazer listas e horários?	16	V	F
Tem problemas em terminar tarefas porque gasta muitíssimo tempo a tentar que as coisas fiquem extremamente bem feitas?	17	V	F

Você ou outras pessoas sentem que é tão dedicado(a) ao trabalho (ou aos estudos) que não lhe sobra tempo para mais ninguém, ou para simplesmente se divertir?	18	V	F
Costuma ser muito exigente acerca do que está bem e do que está mal?	19	V	F
Tem dificuldade em deitar coisas fora por pensar que poderão vir a ser necessárias algum dia?	20	V	F
Tem dificuldade em deixar que os outros o(a) ajudem a não ser que concordem em fazer as coisas exactamente como você quer?	21	V	F
É-lhe difícil gastar dinheiro consigo e com os outros mesmo quando tem dinheiro suficiente?	22	V	F
É costume estar tão certo de que tem razão que não importa o que os outros dizem?	23	V	F
Já houve pessoas que lhe disseram que você é rígido(a) ou teimoso(a)?	24	V	F
Quando alguém lhe pede para fazer alguma coisa que você não quer fazer, diz que “sim” mas depois trabalha devagar ou faz um mau trabalho?	25	V	F
Quando há alguma coisa que você não quer fazer é frequente esquecer-se dela?	26	V	F
Sente frequentemente que os outros não o(a) compreendem ou não apreciam o seu esforço?	27	V	F
É costume ser rabugento e envolver-se em discussões?	28	V	F
Tem-se apercebido que a maior parte dos seus chefes, professores, supervisores, médicos e outras pessoas que é suposto saberem o que estão a fazer, na realidade não sabem?	29	V	F
Pensa frequentemente que não é justo que as outras pessoas tenham mais do que você tem?	30	V	F
É frequente queixar-se de já ter tido mais do que a sua quota de coisas más?	31	V	F
É costume zangar-se e recusar-se a fazer o que os outros querem e, mais tarde, sentir-se mal e pedir desculpa?	32	V	F
Sente-se frequentemente infeliz ou sente que não há nada na vida que lhe dê prazer?	33	V	F
Acredita que é basicamente uma pessoa inadequada, sendo habitual não se sentir bem consigo próprio(a)?	34	V	F
É habitual desvalorizar-se a si próprio(a)?	35	V	F
É habitual pensar, durante muito tempo, nas coisas más que aconteceram no passado ou preocupar-se com coisas más que podem acontecer no futuro?	36	V	F

É frequente fazer juízos muito severos acerca dos outros e criticá-los com facilidade?	37	V	F
Acha que a maior parte das pessoas não presta?	38	V	F
É costume esperar que as coisas acabem por correr mal?	39	V	F
Sente-se frequentemente culpado(a) por coisas que fez ou por coisas que não fez e devia ter feito?	40	V	F
Tem habitualmente que “estar de olho bem aberto” para evitar que os outros abusem de si ou o(a) magoem?	41	V	F
Costuma passar grande parte do tempo a pensar se pode confiar nos seus amigos ou nas pessoas com quem trabalha?	42	V	F
Acha que é melhor não deixar que os outros saibam muito acerca de si porque vão utilizar isso contra si?	43	V	F
Detecta frequentemente ameaças ou insultos dissimulados nas coisas que as pessoas dizem ou fazem?	44	V	F
Acha que é o tipo de pessoa que guarda ressentimentos ou que demora muito tempo a perdoar?	45	V	F
Há muitas pessoas a quem você não consegue perdoar porque lhe fizeram ou disseram qualquer coisa há muito tempo atrás?	46	V	F
Fica frequentemente zangado(a) ou agressivo(a) quando alguém, de alguma forma, o(a) critica ou insulta?	47	V	F
É habitual desconfiar que o seu cônjuge ou parceiro(a) lhe foi infiel?	48	V	F
Quando está em público e vê outras pessoas a conversar, sente habitualmente que estão a falar de si?	49	V	F
Tem frequentemente a sensação que coisas que não têm significado especial para a maioria das pessoas, têm na realidade como objectivo transmitir-lhe uma mensagem a si?	50	V	F
Quando está com outras pessoas, tem muitas vezes a sensação que está a ser observado(a) ou olhado(a) fixamente?	51	V	F
Já alguma vez sentiu que podia fazer coisas acontecer apenas por formular um desejo ou por pensar nelas?	52	V	F
Já alguma vez teve experiências pessoais com o sobrenatural?	53	V	F
Acredita que possui um “sexto sentido” que lhe permite saber e prever coisas que os outros não conseguem?	54	V	F
Parece-lhe frequentemente que objectos ou sombras são, na verdade, pessoas ou animais ou que ruídos são, na realidade, vozes de pessoas?	55	V	F
Já alguma vez teve a sensação que alguma pessoa ou força estava junto de si, mesmo que não conseguisse ver ninguém?	56	V	F

Vê frequentemente áureas ou campos de energia à volta das pessoas?	57	V	F
Há muito poucas pessoas de quem é realmente próximo, para além dos seus familiares em 1º grau?	58	V	F
Sente-se habitualmente nervoso(a) quando está com outras pessoas?	59	V	F
Para si não é importante se tem ou não uma relação próxima?	60	V	F
Você prefere, a maior parte das vezes, fazer as coisas sozinho(a) a fazê-las com outras pessoas?	61	V	F
Sentir-se-ia satisfeito sem nunca se envolver sexualmente com alguém?	62	V	F
Existem realmente poucas coisas que lhe dão prazer?	63	V	F
Não lhe importa realmente o que as pessoas pensam de si?	64	V	F
Parece-lhe que nada o(a) faz sentir nem muito feliz, nem muito triste?	65	V	F
Gosta de ser o centro das atenções?	66	V	F
É frequente você fazer jogos de sedução?	67	V	F
Você é atiradiço(a)?	68	V	F
Tenta atrair as atenções sobre si através da forma como se veste ou apresenta?	69	V	F
Faz muitas vezes questão de ser dramático(a) e teatral?	70	V	F
Muda frequentemente de ideias acerca das coisas consoante o que acabou de ler ou de ver na televisão?	71	V	F
Tem imensos amigos de quem é muito próximo(a)?	72	V	F
Você costuma achar que as pessoas não são capazes de apreciar os seus sucessos ou talentos especiais?	73	V	F
As pessoas têm-lhe dito que você tem um conceito demasiado elevado de si próprio(a)?	74	V	F
Pensa muito no poder, fama ou reconhecimento que um dia virá a ter?	75	V	F
Pensa muito no romance perfeito que um dia virá a ter?	76	V	F
Quando tem um problema, insiste quase sempre em falar com a pessoa mais importante (o chefe, o gerente, etc)?	77	V	F
Sente que é importante passar tempo com pessoas que são especiais ou influentes?	78	V	F
Para si é muito importante que as pessoas lhe dêem atenção ou o(a) admirem de alguma forma?	79	V	F
Pensa que não é necessário obedecer a certas regras ou convenções sociais quando elas se interpõem no seu caminho?	80	V	F

Sente que é o tipo de pessoa que merece tratamento especial?	81	V	F
Parece-lhe que muitas vezes é preciso “passar por cima dos outros” para conseguir o que quer?	82	V	F
É frequente ter de pôr as suas necessidades acima das necessidades dos outros?	83	V	F
Espera muitas vezes, que os outros façam o que você pede sem questionarem, por você ser quem é?	84	V	F
Você não está realmente interessado nos problemas ou sentimentos das outras pessoas?	85	V	F
Já alguma pessoa se queixou de que você não a ouve ou não se preocupa com os sentimentos dela?	86	V	F
Tem frequentemente inveja dos outros?	87	V	F
Sente que os outros têm, frequentemente inveja de si?	88	V	F
Parece-lhe que há muito poucas pessoas que merecem o seu tempo e atenção?	89	V	F
É costume ficar desesperado(a) quando pensa que alguém de quem gosta o(a) vai deixar?	90	V	F
É frequente as relações com pessoas de quem você realmente gosta serem caracterizadas por grandes altos e baixos?	91	V	F
Já mudou repentinamente o conceito que tem de si e os seus objectivos?	92	V	F
O conceito que tem de si muda frequentemente e de forma dramática?	93	V	F
Você é diferente com pessoas diferentes ou em situações diferentes, de forma que, por vezes não sabe quem é na realidade?	94	V	F
Tem havido muitas mudanças súbitas nos seus objectivos, planos profissionais, crenças religiosas, etc?	95	V	F
Tem feito muitas vezes coisas de forma impulsiva?	96	V	F
Já tentou magoar-se ou matar-se ou já ameaçou fazê-lo?	97	V	F
Já alguma vez se cortou, queimou ou arranhou propositadamente?	98	V	F
Tem muitas mudanças bruscas de humor?	99	V	F
Tem frequentemente, sentimentos de vazio?	100	V	F
Tem frequentemente, explosões temperamentais ou fica tão zangado(a) que perde o controlo?	101	V	F
Quando fica zangado(a), bate nas pessoas ou atira objectos?	102	V	F
Fica muito zangado(a) mesmo por coisas pequenas?	103	V	F

Quando está sob muita tensão, desconfia das pessoas ou sente-se como se não fosse você ou como se aquela situação não estivesse a acontecer?	104	V	F
--	-----	---	---

As questões seguintes têm a ver com coisas que possa ter feito antes dos 15 anos:

Costumava brigar ou ameaçar outras crianças?	105	V	F
Costumava iniciar lutas físicas?	106	V	F
Alguma vez feriu ou ameaçou alguém com uma arma (pau, tijolo, garrafa partida, navalha ou pistola)?	107	V	F
Alguma vez torturou ou causou dor física e sofrimento a alguém de propósito?	108	V	F
Alguma vez torturou ou feriu animais de propósito?	109	V	F
Alguma vez roubou, assaltou ou tirou algo a alguém, ameaçando-o(a)?	110	V	F
Alguma vez forçou alguém a ter relações sexuais consigo, a despir-se na sua frente ou a tocá-lo(a) sexualmente?	111	V	F
Alguma vez pegou fogos?	112	V	F
Alguma vez destruiu deliberadamente coisas que não eram suas?	113	V	F
Alguma vez arrombou casas, outros edifícios ou carros?	114	V	F
Era costume mentir ou enganar outras pessoas?	115	V	F
Acontecia algumas vezes roubar ou tirar coisas das lojas, ou falsificar a assinatura de alguém?	116	V	F
Alguma vez fugiu de casa e esteve fora a noite inteira?	117	V	F
Era frequente sair até muito tarde, bastante depois da hora a que era suposto estar em casa?	118	V	F
Era frequente faltar à escola?	119	V	F

2- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AS AUTOLESÕES

- 1) Porque se autolesiona?
- 2) O que desencadeia?
- 3) Como costuma fazê-lo?
- 4) Usa outros métodos? Quais?
- 5) Como se sente antes, durante e após um episódio auto-lesivo?
- 6) Como consegue parar?
- 7) Costuma sentir dor quando se autolesiona?
- 8) Quantas vezes se auto lesionou?
- 9) Já alguma vez foi hospitalizado(a) por causa dos ferimentos? Em que circunstâncias isso aconteceu?
- 10) Tem algum ritual? Qual?
- 11) As drogas ou álcool influenciam de alguma forma?
- 12) Já alguma vez se auto-lesionou frente a alguém?
- 13) Já contou a alguém acerca das suas auto-lesões? Como reagiram?
- 14) Costuma esconder? Como o faz?
- 15) Conhece alguém que se auto-lesione?
- 16) Quais têm sido as consequências das auto-lesões na sua vida?

Nota: As respostas a esta entrevista encontram-se no ANEXO IX.

3- ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT (BIS-11)

Nome: _____ Data: _____

Instruções: As pessoas agem e pensam de forma diferente perante as diversas situações. Este é um teste para avaliar algumas das suas formas de agir e pensar. Leia atentamente cada frase e ASSINALE COM UM ☒ O QUADRADO ADEQUADO à direita da frase. Responda de forma rápida e honesta.	Raramente/Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre
1. Planeio cuidadosamente as minhas tarefas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Faço coisas sem pensar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tomo decisões rapidamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou uma pessoa despreocupada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Não “presto atenção”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenho pensamentos “rápidos”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Planeio as minhas viagens com muita antecedência.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tenho auto-domínio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Concentro-me com facilidade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou poupado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sinto-me pouco à vontade em peças de teatro ou conferências.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Penso profundamente em tudo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Planeio ter um trabalho seguro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Digo as coisas sem pensar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gosto de pensar em problemas complexos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mudo de trabalho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sigo “o impulso”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Aborreço-me com relativa facilidade quando estou a resolver problemas mentalmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sigo o impulso do momento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Estou sempre a magicar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mudo de casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Compro coisas “por impulso”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Só consigo pensar num problema de cada vez.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Mudo de hobbies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto mais do que ganho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Penso superficialmente nas coisas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Estou mais interessado(a) no presente que no futuro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Fico inquieto(a) em conferências ou palestras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Gosto de puzzles/quebra-cabeças.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planeio o futuro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Propriedade intelectual de E.S. Barratt e J. Patton

4- ESCALA DE SINTOMAS GERAIS (SCL90)

SCL – 90

INSTRUÇÕES: Abaixo encontra-se uma lista de problemas e sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, um dos espaços deixados à direita de cada sintoma, o que melhor descreve o grau com que o problema o(a) afectou durante o último mês.
Marque somente um espaço com uma X para cada problema e não deixe nenhum por responder.

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTE SINTOMAS:	Nunca 0	Pouco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremamente 4
1. Dores de cabeça					
2. Nervosismo					
3. Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz					
4. Sensações de desmaio					
5. Diminuição do interesse ou prazer sexual					
6. Sentir-se criticado pelos outros					
7. Impressão de que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
8. Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus problemas					
9. Dificuldade em lembrar-se das coisas passadas e recentes					
10. O desleixo e a falta de limpeza dão-lhe cuidados					
11. Aborrece-se ou irrita-se facilmente					
12. Dores no coração ou no peito					
13. Medo da rua ou de praças públicas					
14. Falta de forças ou lentidão					
15. Pensamentos de acabar com a vida					
16. Ouvir vozes que mais ninguém escuta					
17. Tremuras					
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança					
19. Falta de apetite					
20. Chorar facilmente					

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTE SINTOMAS:	Nunca 0	Pouco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremamente 4
21. Sentir timidez ou falta de à vontade perante o sexo oposto					
22. Impressão de se sentir preso ou apanhado(a) em falta					
23. Medo súbito, sem razão aparente					
24. Impulsos de temperamento que não consegue controlar					
25. Medo de sair de casa sozinho(a)					
26. Acusar-se a si de certas coisas					
27. Dores no fundo das costas (cruzes)					
28. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
29. Sentir-se sozinho					
30. Sentir-se triste					
31. Ser muito pensativo (cismático) acerca de certas coisas					
32. Não ter interesse em nada					
33. Sentir-se atemorizado					
34. Melindrar-se facilmente					
35. Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos					
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas					
37. Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si					
38. Fazer tudo devagar a fim de ter a certeza de que fica bem feito					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração					
40. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago					
41. Sentir-se inferior aos outros					
42. Sentir dores musculares					
43. Sentir que é observado(a) ou comentado(a) pelos outros					
44. Dificuldades em adormecer					

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTE SINTOMAS:	Nunca 0	Pouco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremamente 4
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
46. Dificuldades em tomar decisões					
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio					
48. Dificuldades em encher os pulmões (parece que falta o ar)					
49. Ter afrontamentos ou calafrios					
50. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque lhe causam medo					
51. Sensação de vazio na cabeça					
52. Adormecimentos ou picadas (formigueiro) no corpo					
53. Ter um nó na garganta					
54. Sentir-se sem esperanças perante o futuro					
55. Dificuldades em concentrar-se					
56. Sensações de fraqueza no corpo					
57. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
58. Sentir as pernas ou os braços muito pesados					
59. Pensar na morte ou que vai morrer					
60. Vontade de comer demais					
61. Não se sentir à vontade ao ser observado(a) ou quando falam a seu respeito					
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios					
63. Impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
64. Acordar muito de cedo de manhã					
65. Ter de repetir as mesmas acções, como seja tocar nas coisas, contar, lavar-se					
66. Ter o sono desassossegado ou perturbado					

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTE SINTOMAS:	Nunca 0	Pouco 1	Modera- damente 2	Bastante 3	Extrema mente 4
67. Vontade de destruir ou partir coisas					
68. Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm					
69. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas					
70. Sentir-se pouco à vontade nas multidões, tal como, assembleias, lojas, etc.					
71. Sentir que tudo constitui esforço					
72. Ter ataques de terror ou de pânico					
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos					
74. Envolver-se frequentemente em discussões					
75. Sentir-se nervoso(a) quando tem de ficar sozinho(a)					
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está acompanhado(a)					
78. Sentir-se de tal forma desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a)					
79. Sentir-se sem préstimo					
80. Sentir que as coisas que lhe são familiares, são estranhas ou irreais					
81. Gritar com outras pessoas ou atirar coisas					
82. Ter medo de desmaiar em público					
83. Ter a impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
84. Ter pensamentos acerca de sexo que o(a) incomodam bastante					
85. A ideia de que deverá ser castigado(a) pelos seus pecados					
86. Sentir-se pressionado(a) para que as coisas sejam feitas					
87. Sentir que alguma coisa de grave está a acontecer no seu corpo					
88. Dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
89. Sentimento de culpa					
90. Impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

5- ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSES)

Para cada uma das características ou descrições seguintes, indique até que ponto cada uma delas se aproxima daquilo que sente acerca de si mesmo e assinale com um círculo a que escolheu.

Concordo Completamente	Concordo	Discordo	Discordo Completamente
CC	C	D	DC

- | | | | | | |
|----|--|----|---|---|----|
| 1 | No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a). | CC | C | D | DC |
| 2 | Às vezes, penso que não presto para nada. | CC | C | D | DC |
| 3 | Sinto que tenho um certo número de boas qualidades. | CC | C | D | DC |
| 4 | Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas. | CC | C | D | DC |
| 5 | Sinto que tenho poucas razões para me orgulhar de mim mesmo. | CC | C | D | DC |
| 6 | Às vezes sinto-me verdadeiramente inútil. | CC | C | D | DC |
| 7 | Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos, num plano igual aos outros. | CC | C | D | DC |
| 8 | Quem me dera ter mais respeito por mim mesmo(a). | CC | C | D | DC |
| 9 | Tenho tendência para me sentir um(a) falhado(a). | CC | C | D | DC |
| 10 | Adopto uma atitude positiva acerca de mim mesmo(a). | CC | C | D | DC |

6- INVENTÁRIO DA RAIVA ESTADO-TRAÇO (STAXI)

INVENTÁRIO DE AUTO - AVALIAÇÃO

STAXI DE CHARLES D. SPIELBERGER

Forma preparada por Danilo Silva, Rui Campos e Nina Prazeres

INSTRUÇÕES

DATA ____/____/____ IDADE ____ SEXO ____ ESCOLARIDADE ____

PROFISSÃO ____

INSTRUÇÕES

Este Questionário está dividido em 3 partes. Cada parte contém várias afirmações que as pessoas utilizam para descrever os seus sentimentos e o seu comportamento. Repare que cada parte tem instruções diferentes. Leia atentamente as instruções de cada parte, antes de começar a responder.

Não há respostas certas nem erradas. Ao responder a cada afirmação, dê a resposta que o(a) descreve melhor. Se se enganar e desejar mudar a sua resposta, risque a resposta incorrecta e assinale a correcta, fazendo um círculo à volta do número correspondente.

EXEMPLOS

1: 1 2 3 4
2: 1 2 3 4

PARTE 1: INSTRUÇÕES

Apresentam-se a seguir várias afirmações que as pessoas utilizam para se descrever a si próprias. Leia cada afirmação e faça um círculo à volta do número que indica como se sente neste momento. Lembre-se que não há respostas certas nem erradas. Não demore muito tempo com cada afirmação, mas dê a resposta que lhe parece descrever melhor os seus sentimentos actuais.

- Preencha 1 para "De forma nenhuma"
- Preencha 2 para "Um pouco"
- Preencha 3 para "Moderadamente"
- Preencha 4 para "Muitíssimo"

COMO ME SINTO NESTE MOMENTO

	De forma nenhuma	Um pouco	Moderadamente	muitis- simo
1- Estou furioso(a).....	1	2	3	4
2- Sinto-me irritado(a).....	1	2	3	4
3- Sinto-me zangado(a).....	1	2	3	4
4- Apetece-me gritar com alguém.....	1	2	3	4
5- Apetece-me partir coisas.....	1	2	3	4
6- Estou louco(a) de raiva.....	1	2	3	4
7- Apetece-me dar murros na mesa.....	1	2	3	4
8- Apetece-me bater em alguém.....	1	2	3	4
9- Estou a ferver de raiva.....	1	2	3	4
10- Apetece-me praguejar.....	1	2	3	4

PARTE 2: INSTRUÇÕES

Apresentam-se a seguir várias afirmações que as pessoas utilizam para se descrever a si próprias. Leia cada afirmação e faça um círculo à volta do número que indica como se sente geralmente. Lembre-se que não há respostas certas nem erradas. Não perca muito tempo com cada afirmação, mas dê a resposta que lhe parece descrever melhor como se sente geralmente.

Preencha 1 para "Quase nunca"
Preencha 2 para "Algumas vezes"
Preencha 3 para "Frequentemente"
Preencha 4 para "Quase sempre"

COMO ME SINTO GERALMENTE

	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
11- Irrito-me com facilidade.....	1	2	3	4
12- Tenho um temperamento exaltado.....	1	2	3	4
13- Sou uma pessoa colérica.....	1	2	3	4
14- Fico zangado quando sou obrigado a andar mais devagar, por causa dos enganos dos outros.....	1	2	3	4
15- Sinto-me aborrecido quando não sou reconhecido(a), por ter feito um bom trabalho.....	1	2	3	4
16- Perco as estribeiras.....	1	2	3	4
17- Quando fico irritado(a) digo coisas desagradáveis.....	1	2	3	4
18- Fico furioso quando me criticam na presença de outras pessoas.....	1	2	3	4
19- Quando fico frustrado(a) apetece-me bater em alguém.....	1	2	3	4
20- Sinto-me enfiado quando faço um bom trabalho e me dão uma avaliação fraca.....	1	2	3	4

Toda a gente se sente de vez em quando zangada ou furiosa, mas as pessoas reagem de forma diferente quando estão zangadas ou furiosas. Apresentam-se a seguir várias afirmações que as pessoas utilizam para descrever as suas reacções, quando se sentem zangadas ou furiosas. Leia cada afirmação e faça um círculo à volta do número que indica a frequência com que você geralmente reage ou se comporta da forma descrita quando se sente zangado(a) ou furioso(a). Lembre-se que não há respostas certas nem erradas. Não perca muito tempo com cada afirmação.

- Preencha 1 para "Quase nunca"
Preencha 2 para "Algumas vezes"
Preencha 3 para "Frequentemente"
Preencha 4 para "Quase sempre"

QUANDO ESTOU ZANGADO(A) OU FURIOSO(A)

	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequen- temente	Quase Sempre
21- Controlo-me.....	1	2	3	4
22- Expresso a minha zanga.....	1	2	3	4
23- Guardo as coisas para mim.....	1	2	3	4
24- Sou paciente com os outros.....	1	2	3	4
25- Fico ressentido ou amuado.....	1	2	3	4
26- Afasto-me das pessoas.....	1	2	3	4
27- Faço comentários sarcásticos aos outros.....	1	2	3	4
28- Mantenho a calma.....	1	2	3	4
29- Faço coisas como bater com as portas.....	1	2	3	4
30- Fico a ferver por dentro mas não o mostro.....	1	2	3	4
31- Controlo o meu comportamento.....	1	2	3	4
32- Discuto com os outros.....	1	2	3	4
33- Tendo a guardar rancor mas não digo a ninguém.....	1	2	3	4
34- Ataco tudo o que me enfureça.....	1	2	3	4
35- Consigo evitar perder o controlo.....	1	2	3	4
36- Critico, interiormente, bastante os outros.....	1	2	3	4
37- Fico mais zangado(a) do que aquilo que sou capaz de admitir.....	1	2	3	4
38- Acalmo-me mais rapidamente do que a maioria das pessoas.....	1	2	3	4
39- Digo coisas desagradáveis.....	1	2	3	4
40- Tento ser tolerante e compreensivo.....	1	2	3	4
41- Fico muito mais irritado(a) do que aquilo que as pessoas pensam.....	1	2	3	4
42- Perco a cabeça.....	1	2	3	4
43- Se alguém me aborrece, sou capaz de lhe dizer o que sinto.....	1	2	3	4
44- Controlo os meus sentimentos de raiva.....	1	2	3	4

ANEXO III

CONSENTIMENTO INFORMADO

1. Este é um estudo no âmbito da Psicologia Clínica (Tese de Doutoramento) para a Faculdade de Medicina de Lisboa, onde se procura conhecer a maneira como as pessoas **reagem** no seu dia-a-dia nas várias situações que, ao longo das suas vidas têm surgido e, como **sentem** essas mesmas situações.

A compreensão destes comportamentos visa o estudo de novas formas de intervenção terapêutica para aqueles que mais dificuldades têm na adopção de estratégias e resolução dos seus problemas.

2. A sua colaboração será necessária, no máximo, em dois momentos: num primeiro momento é pedida a realização de 5 questionários auto-administrados centrados na sua reacção ou comportamento face a várias situações:

	Tempo Médio de Realização
SCID-II-PQ	10 minutos
BIS-11	5 minutos
STAXI	5 minutos
SES	2 minutos
SCL-90	8 minutos

Num segundo momento, e caso se justifique, será realizada uma entrevista (a combinar para outra hora ou dia, consoante a sua disponibilidade) com duração máxima de 30 minutos. Esta entrevista visa o esclarecimento de algumas respostas dadas nos questionários.

A sua participação termina com a entrevista, não sendo por isso necessário novo contacto.

3. A sua colaboração não terá quaisquer riscos, quer pessoais, sociais ou familiares.

A sua não participação não terá quaisquer consequências ao nível terapêutico, ou qualquer represália por parte dos profissionais que o(a) acompanham nesta instituição hospitalar/estabelecimento prisional.

4. A sua colaboração é muito importante para a investigação, na medida em que está a fornecer dados que possibilitam o estudo de novas estratégias terapêuticas e compreensão dos comportamentos, permitindo assim uma intervenção mais adequada por parte dos psicólogos face a diversos problemas apresentados por diversas pessoas que a estes profissionais recorrem.
5. Os dados destinam-se a fins estatísticos, pelo que, os resultados individuais não serão considerados. Os seus dados pessoais são **confidenciais** e nunca serão tornados públicos. Para o efeito, o seu nome será retirado e substituído por um nome falso para impedir a sua identificação, quer nos questionários, quer na base de dados, bem como qualquer tipo de informação que possibilitasse a sua identificação. Os dados individuais recolhidos (dos questionários e da entrevista) ficarão em contexto académico.
6. A sua participação será voluntária e não obrigatória, por isso tem o direito de desistir a qualquer momento das provas ou entrevista, sem que com isso possa ser prejudicado de alguma maneira. A decisão é sua.
7. Em qualquer altura da realização dos questionários ou da entrevista, poderá colocar questões que possam surgir, quer sobre a investigação, quer sobre os itens das provas, às quais tentarei dar-lhe uma resposta mais adequada e esclarecedora possível.

É importante que responda a todas as questões o mais honestamente possível.

Agradeço a sua atenção e colaboração

Investigadora

Eu, _____ (nome)
aceito colaborar nesta investigação para Tese de Doutoramento, de forma
voluntária, tendo compreendido os pontos acima referidos.

Assinatura/rubrica

ANEXO IV

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA AS PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE

Análise da frequência dos critérios de diagnóstico para a personalidade dependente nos grupos BSA e BCA.

		Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4		Critério 5		Critério 6		Critério 7		Critério 8	
		Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
Grupo	BSA	9%	2	9%	2	9%	2	22%	5	9%	2	30%	7	35%	8	39%	9
	BCA	11%	2	17%	3	17%	3	22%	4	17%	3	22%	4	28%	5	28%	5

Análise da frequência dos critérios de diagnóstico para a personalidade passivo-agressiva nos grupos BSA e BCA.

		Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4		Critério 5		Critério 6		Critério 7	
		Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
Grupo	BSA	9%	2	44%	10	39%	9	0%	0	13%	3	52%	12	30%	7
	BCA	6%	1	67%	12	39%	7	0%	0	17%	3	33%	6	39%	7

Análise da frequência dos critérios de diagnóstico para a personalidade esquizotípica nos grupos BSA e BCA.

		Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4		Critério 5		Critério 6		Critério 7		Critério 8		Critério 9	
		Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
Grupo	BSA	26%	6	0%	0	9%	2	0%	0	9%	2	0%	0	0%	0	9%	2	9%	2
	BCA	28%	5	0%	0	0%	0	0%	0	6%	1	0%	0	0%	0	6%	1	0%	0

Análise da frequência dos critérios de diagnóstico para a personalidade esquizoide nos grupos BSA e BCA.

		Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4		Critério 5		Critério 6		Critério 7	
		Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
Grupo	BSA	9%	2	26%	6	22%	5	44%	10	4%	1	13%	3	26%	6
	BCA	22%	4	33%	6	22%	4	56%	10	0%	0	11%	2	33%	6

Análise da frequência dos critérios de diagnóstico para a personalidade histriónica nos grupos BSA e BCA.

		Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4		Critério 5		Critério 6		Critério 7		Critério 8	
		Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
Grupo	BSA	17%	4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	4%	1
	BCA	11%	2	6%	1	6%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0

Análise da frequência dos critérios de diagnóstico para a personalidade narcísica nos grupos BSA e BCA.

		Critério 1		Critério 2		Critério 3		Critério 4		Critério 5		Critério 6		Critério 7		Critério 8		Critério 9	
		Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N	Sim	N
Grupo	BSA	26%	6	26%	6	9%	2	26%	6	13%	3	13%	3	22%	5	17%	4	26%	6
	BCA	22%	4	6%	1	0%	0	11%	2	17%	3	28%	5	28%	5	22%	4	39%	7

ANEXO V

ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ESTATÍSTICAS ENTRE GRUPOS NA SINTOMATOLOGIA (SCL-90)

Somatização

Análise da normalidade na escala da somatização para os grupos BSA e BCA.

		Normalidade (S-W)					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Somatização	BSA	,172	23	,075	,953	23	,341
	BCA	,182	18	,118	,949	18	,411

a. Lilliefors Significance Correction

Análise da homogeneidade dos dados na escala da somatização para os grupos BSA e BCA.

		Homogeneidade de Variâncias			
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Somatização	Based on Mean	,259	1	39	,613
	Based on Median	,400	1	39	,531
	Based on Median and with adjusted df	,400	1	38,919	,531
	Based on trimmed mean	,250	1	39	,620

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da somatização.

		T-Student							
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
Somatização	Equal variances assumed	,259	,613	,138	39	,891	,03903	,28285	-,53308 ,61115
	Equal variances not assumed			,136	34,194	,893	,03903	,28732	-,54475 ,62282

Obsessões-Compulsões

Análise da normalidade na escala das obsessões - compulsões para os grupos BSA e BCA.

		Normalidade (S-W)					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Obsessivo	BSA	,272	23	,000	,900	23	,025
-Compulsivo	BCA	,150	18	,200*	,949	18	,406

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala das Obsessões - compulsões através do Mann-Whitney U test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Obsessivo-compulsivo is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,712	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Sensibilidade interpessoal

Análise da normalidade na escala da sensibilidade interpessoal para os grupos BSA e BCA.

		Normalidade (S-W)					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sensibilidade	BSA	,183	23	,045	,958	23	,417
Interpessoal	BCA	,132	18	,200*	,976	18	,901

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala da sensibilidade interpessoal para os grupos BSA e BCA

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Sensibilidade Interpessoal	Based on Mean	,003	1	39	,960
	Based on Median	,002	1	39	,963
	Based on Median and with adjusted df	,002	1	38,859	,963
	Based on trimmed mean	,002	1	39	,961

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da sensibilidade interpessoal.

T-Student										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Sensibilidade Interpessoal	Equal variances assumed	,003	,960	-,823	39	,416	-,23055	,28020	-,79732	,33622
	Equal variances not assumed			-,817	35,562	,420	-,23055	,28230	-,80332	,34223

Depressão

Análise da normalidade na escala da depressão para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)						
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Depressão	BSA	,137	23	,200*	,926	23
	BCA	,130	18	,200*	,933	18

a. Lilliefors Significance Correction
 *. This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala da depressão para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Depressão	Based on Mean	,007	1	39	,936
	Based on Median	,006	1	39	,941
	Based on Median and with adjusted df	,006	1	38,333	,941
	Based on trimmed mean	,018	1	39	,893

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da depressão.

T-Student										
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Depressão	Equal variances assumed	,007	,936	-,874	39	,388	-,24868	,28460	-,82434	,32699
	Equal variances not assumed			-,870	36,099	,390	-,24868	,28573	-,82811	,33076

Ansiedade

Análise da normalidade na escala da ansiedade para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
Grupo		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade	BSA	,103	23	,200*	,985	23	,970
	BCA	,132	18	,200*	,966	18	,725

a. Lilliefors Significance Correction
 *. This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala da ansiedade para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Ansiedade	Based on Mean	,143	1	39	,707
	Based on Median	,099	1	39	,754
	Based on Median and with adjusted df	,099	1	38,303	,754
	Based on trimmed mean	,155	1	39	,696

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da ansiedade.

T-Student											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
Ansiedade	Equal variances assumed	,143	,707	-1,116	39	,271	-,29464	,26403	-,82870	,23942	
	Equal variances not assumed			-1,103	34,871	,278	-,29464	,26714	-,83704	,24776	

Análise da homogeneidade dos dados na escala da hostilidade para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Hostilidade	Based on Mean	4,071	1	39	,051
	Based on Median	4,054	1	39	,051
	Based on Median and with adjusted df	4,054	1	38,785	,051
	Based on trimmed mean	4,071	1	39	,051

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da hostilidade.

T-Student											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
Hostilidade	Equal variances assumed	4,071	,051	-,824	39	,415	-,28335	,34393	-,97903	,41232	
	Equal variances not assumed			-,792	29,945	,434	-,28335	,35760	-1,01372	,44702	

Ansiedade fóbica

Análise da normalidade na escala da ansiedade fóbica para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
Grupo		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade Fóbica	BSA	,158	23	,143	,882	23	,011
	BCA	,191	18	,081	,922	18	,139

a. Lilliefors Significance Correction

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da ansiedade fóbica através do Mann-Whitney U test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Ansiedade Fóbica is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,216	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,0

Ideação paranoíde

Análise da normalidade na escala da ideação paranoíde para os grupos BSA e BCA.

		Normalidade (S-W)					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ideação Paranoíde	BSA	,120	23	,200*	,956	23	,386
	BCA	,115	18	,200*	,955	18	,504

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala da ideação paranoíde para os grupos BSA e BCA.

		Homogeneidade de Variâncias			
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Ideação Paranoíde	Based on Mean	1,267	1	39	,267
	Based on Median	1,340	1	39	,254
	Based on Median and with adjusted df	1,340	1	38,820	,254
	Based on trimmed mean	1,229	1	39	,274

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da ideação paranoide.

T-Student									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
								Lower	Upper
Ideação Paranoide	Equal variances assumed	1,267	,267	,602	39	,551	,17186	,28562	-,40587 ,74959
	Equal variances not assumed			,587	32,480	,561	,17186	,29294	-,42449 ,76821

Psicoticismo

Análise da normalidade na escala do psicoticismo para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)						
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk	
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Psicoticismo	BSA	,107	23	,200*	,976	23
	BCA	,120	18	,200*	,975	18

a. Lilliefors Significance Correction
 *. This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala do psicoticismo para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias				
		Levene Statistic	df1	df2
Psicoticismo	Based on Mean	,046	1	39
	Based on Median	,016	1	39
	Based on Median and with adjusted df	,016	1	38,806
	Based on trimmed mean	,038	1	39

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala do psicoticismo.

		T-Student									
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
Psicoticismo	Equal variances assumed	,046	,831	,263	39	,794	,05773	,21935	-,38594	,50140	
	Equal variances not assumed			,264	37,079	,793	,05773	,21867	-,38530	,50076	

Apetite a mais

Análise da normalidade na escala do apetite a mais para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			Sig.
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Apetite Mais	BSA	,206	23	,012	,873	23	,007
	BCA	,237	18	,008	,854	18	,010

a. Lilliefors Significance Correction

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala do apetite a mais através do Mann-Whitney U test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Appetite Mais is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,857	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Alteração do sono PM

Análise da normalidade na escala de alteração do sono PM para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			Sig.
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Alteração do sono PM	BSA	,328	23	,000	,778	23	,000
	BCA	,218	18	,024	,868	18	,017

a. Lilliefors Significance Correction

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala do distúrbio do sono PM através do Mann-Whitney U test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Distúrbio do Sono PM is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,620	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05

Alteração do sono AM

Análise da normalidade na escala de alteração do sono AM para os grupos BSA e BCA.

		Normalidade (S-W)					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Alteração do sono AM	BSA	,187	23	,037	,856	23	,004
	BCA	,186	18	,099	,879	18	,025

a. Lilliefors Significance Correction

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala do distúrbio do sono AM através do Mann-Whitney U test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Distúrbio do Sono AM is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,397	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05

Insónia

Análise da normalidade na escala da insónia para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			Sig.
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Insónia	BSA	,270	23	,000	,836	23	,002
	BCA	,210	18	,035	,858	18	,012

a. Lilliefors Significance Correction

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da insónia através do Teste Mann-Whitney.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Insónia is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,541	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Pensamentos de morte

Análise da normalidade na escala de pensamentos de morte para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			Sig.
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Pensamentos Morte	BSA	,184	23	,042	,864	23	,005
	BCA	,259	18	,002	,815	18	,002

a. Lilliefors Significance Correction

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala de pensamentos de morte através do Teste Mann-Whitney.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Pensamentos de Morte is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,373	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Sentimento de culpa

Análise da normalidade na escala do sentimento de culpa para os grupos BSA e BCA.

		Normalidade (S-W)					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Grupo	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sentimento Culpa	BSA	,245	23	,001	,842	23	,002
	BCA	,316	18	,000	,734	18	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala do sentimento de culpa através do Teste Mann-Whitney.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Sentimento de Culpa is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,318	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05

Índice Geral de Sintomas

Análise da normalidade na escala do IGS para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)						
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IGS	BSA	,100	23	,200*	,971	23
	BCA	,127	18	,200*	,977	18

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala do IGS para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
IGS	Based on Mean	,027	1	39	,869
	Based on Median	,036	1	39	,850
	Based on Median and with adjusted df	,036	1	38,468	,850
	Based on trimmed mean	,027	1	39	,871

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala do IGS.

T-Student										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IGS	Equal variances assumed	,027	,869	-,571	39	,571	-,12718	,22258	-,57739	,32304
	Equal variances not assumed			-,565	35,036	,575	-,12718	,22498	-,58389	,32954

ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ESTATÍSTICAS ENTRE GRUPOS NA IMPULSIVIDADE (BIS-11)

Impulsividade total

Análise da normalidade na impulsividade total para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)						
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Impulsividade Total	BSA	,108	23	,200*	,974	23
	BCA	,136	18	,200*	,941	18

a. Lilliefors Significance Correction
 *. This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na impulsividade total para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Impulsividade Total	Based on Mean	2,232	1	39	,143
	Based on Median	1,683	1	39	,202
	Based on Median and with adjusted df	1,683	1	37,083	,203
	Based on trimmed mean	2,154	1	39	,150

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA para a impulsividade total.

T-Student									
Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
								Lower	Upper
Impulsividade Total	Equal variances assumed	2,232	,143	-,338	39	,737	-1,106	3,270	-7,721 5,509
	Equal variances not assumed			-,328	31,190	,745	-1,106	3,378	-7,993 5,781

Não planeamento

Análise da normalidade na escala do não planeamento para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
	Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Não Planeamento	BSA	,205	23	,013	,930	23	,108
	BCA	,131	18	,200*	,918	18	,117

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala do não planeamento para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Não Planeamento	Based on Mean	,322	1	39	,574
	Based on Median	,231	1	39	,633
	Based on Median and with adjusted df	,231	1	37,759	,633
	Based on trimmed mean	,340	1	39	,563

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala do não planeamento.

T-Student Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Não Planeamento	Equal variances assumed	,322	,574	-,343	39	,733	-,616	1,795	-4,246	3,014
	Equal variances not assumed			-,337	33,920	,738	-,616	1,826	-4,327	3,095

Impulsividade motora

Análise da normalidade na escala da impulsividade motora para os grupos BSA e BCA.

Tabela –Normalidade (S-W)							
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			Sig.
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Impulsividade Motora	BSA	,083	23	,200*	,971	23	,718
	BCA	,167	18	,200*	,969	18	,771

a. Lilliefors Significance Correction

*, This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala da impulsividade motora para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Impulsividade Motora	Based on Mean	,085	1	39	,773
	Based on Median	,095	1	39	,759
	Based on Median and with adjusted df	,095	1	38,104	,759
	Based on trimmed mean	,098	1	39	,756

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da impulsividade motora.

		T-Student									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
Impulsividade Motora	Equal variances assumed	,085	,773	-,331	39	,743	-,522	1,577	-3,712	2,669	
	Equal variances not assumed			-,326	34,387	,746	-,522	1,600	-3,773	2,729	

Impulsividade cognitiva

Análise da normalidade na escala da impulsividade cognitiva para os grupos BSA e BCA.

		Normalidade (S-W)					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Grupo	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Impulsividade Cognitiva	BSA	,146	23	,200*	,915	23	,053
	BCA	,177	18	,142	,927	18	,174

a. Lilliefors Significance Correction

*, This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala da impulsividade cognitiva para os grupos BSA e BCA.

		Homogeneidade de Variâncias			
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Impulsividade Cognitiva	Based on Mean	2,700	1	39	,108
	Based on Median	2,599	1	39	,115
	Based on Median and with adjusted df	2,599	1	38,706	,115
	Based on trimmed mean	2,674	1	39	,110

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da impulsividade cognitiva.

		T-Student								
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Impulsividade Cognitiva	Equal variances assumed	2,700	,108	,185	39	,854	,198	1,071	-1,968	2,364
	Equal variances not assumed			,191	38,996	,850	,198	1,037	-1,900	2,296

ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ESTATÍSTICAS ENTRE GRUPOS NA AUTOESTIMA (RSES)

Autoestima

Análise da normalidade na escala da autoestima para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			Sig.
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Autoestima	BSA	,232	23	,002	,926	23	,091
	BCA	,158	18	,200*	,921	18	,133

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala da autoestima para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Autoestima	Based on Mean	,019	1	39	,890
	Based on Median	,030	1	39	,864
	Based on Median and with adjusted df	,030	1	38,410	,864
	Based on trimmed mean	,026	1	39	,872

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da autoestima.

T-Student									
Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
								Lower	Upper
Auto-Estima	Equal variances assumed	,019	,890	3,959	39	,000	5,413	1,367	2,647 8,179
	Equal variances not assumed			4,015	38,271	,000	5,413	1,348	2,684 8,142

ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ESTATÍSTICAS ENTRE GRUPOS NA RAIVA (STAXI)

Raiva estado

Análise da normalidade na escala de raiva estado para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Raiva Estado	BSA	,305	23	,000	,767	23	,000
	BCA	,293	18	,000	,648	18	,000
a. Lilliefors Significance Correction							

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala de raiva estado através do Teste Mann-Whitney.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Estado is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,294	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Raiva traço

Análise da normalidade na escala do traço de raiva para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Traço de Raiva	BSA	,181	23	,049	,935	23	,143
	BCA	,173	18	,160	,967	18	,745
a. Lilliefors Significance Correction							

Análise da homogeneidade dos dados na escala do traço de raiva para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Traço de Raiva	Based on Mean	,150	1	39	,701
	Based on Median	,200	1	39	,657
	Based on Median and with adjusted df	,200	1	38,949	,657
	Based on trimmed mean	,188	1	39	,667

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala do traço de raiva.

T-Student										
		Levene's Test for Equality of Variances			t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference		
										Lower Upper
Traço de Raiva	Equal variances assumed	,150	,701	,165	39	,870	,324	1,967	-3,655	4,302
	Equal variances not assumed			,163	34,850	,872	,324	1,990	-3,717	4,365

Raiva temperamento

Análise da normalidade na escala da raiva temperamento para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Temperamento de Raiva	BSA	,230	23	,003	,932	23	,118
	BCA	,158	18	,200*	,925	18	,159

a. Lilliefors Significance Correction
 *. This is a lower bound of the true significance.

Análise da homogeneidade dos dados na escala da raiva temperamento para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Temperamento de Raiva	Based on Mean	,621	1	39	,436
	Based on Median	,676	1	39	,416
	Based on Median and with adjusted df	,676	1	38,986	,416
	Based on trimmed mean	,691	1	39	,411

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da raiva temperamento.

T-Student										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Temperamento de Raiva	Equal variances assumed	,621	,436	,501	39	,619	,481	,960	-1,461	2,422
	Equal variances not assumed			,490	33,318	,627	,481	,980	-1,512	2,474

Raiva reação

Análise da normalidade na escala da raiva reação para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Reação de Raiva	BSA	,166	23	,101	,956	23	,393
	BCA	,177	18	,143	,943	18	,328

a. Lilliefors Significance Correction

Análise da homogeneidade dos dados na escala da raiva reação para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Reação de Raiva	Based on Mean	,011	1	39	,916
	Based on Median	,032	1	39	,859
	Based on Median and with adjusted df	,032	1	38,807	,859
	Based on trimmed mean	,010	1	39	,923

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da raiva reação.

T-Student										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Reação de Raiva	Equal variances assumed	,011	,916	-,127	39	,900	-,116	,915	-1,967	1,735
	Equal variances not assumed			-,127	36,647	,900	-,116	,915	-1,971	1,739

Raiva para dentro

Análise da normalidade na escala da raiva para dentro para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Raiva para Dentro	BSA	,191	23	,030	,950	23	,299
	BCA	,168	18	,192	,973	18	,855

a. Lilliefors Significance Correction

Análise da homogeneidade dos dados na escala da raiva para dentro para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Raiva para Dentro	Based on Mean	,068	1	39	,796
	Based on Median	,060	1	39	,808
	Based on Median and with adjusted df	,060	1	38,985	,808
	Based on trimmed mean	,051	1	39	,822

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da raiva para dentro.

		T-Student								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference		
									Lower	Upper
Raiva para Dentro	Equal variances assumed	,068	,796	-,756	39	,454	-,947	1,253	-3,481	1,587
	Equal variances not assumed			-,761	37,458	,452	-,947	1,245	-3,468	1,575

Raiva para fora

Análise da normalidade na escala da raiva para fora para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Raiva para Fora	BSA	,193	23	,027	,929	23	,106
	BCA	,202	18	,051	,920	18	,132

a. Lilliefors Significance Correction

Análise da homogeneidade dos dados na escala da raiva para fora para os grupos BSA e BCA.

Homogeneidade de Variâncias					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Raiva para Fora	Based on Mean	,388	1	39	,537
	Based on Median	,538	1	39	,468
	Based on Median and with adjusted df	,538	1	38,931	,468
	Based on trimmed mean	,467	1	39	,498

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala da raiva para fora.

T-Student										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Raiva para Fora	Equal variances assumed	,388	,537	,957	39	,345	1,379	1,442	-1,537	4,295
	Equal variances not assumed			,940	33,836	,354	1,379	1,468	-1,604	4,362

Controlo da raiva

Análise da normalidade na escala controlo da raiva para os grupos BSA e BCA.

Normalidade (S-W)							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Grupo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Controlo da Raiva	BSA	,222	23	,005	,889	23	,015
	BCA	,209	18	,037	,940	18	,292

a. Lilliefors Significance Correction

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala controlo da raiva através do Teste Mann-Whitney.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Controlo is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,187	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Expressão da raiva

Análise da normalidade na escala expressão da raiva para os grupos BSA e BCA.

Tabela -Normalidade (S-W)							
Grupo		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Expressão da Raiva	BSA	,187	23	,037	,883	23	,012
	BCA	,176	18	,144	,965	18	,707

a. Lilliefors Significance Correction

Análise das diferenças entre os grupos BSA e BCA na escala expressão da raiva através do Teste Mann-Whitney.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Expressão is the same across categories of grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,320	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

ANEXO VI

MODELOS DE REGRESSÃO

ANÁLISES DA MULTICOLINEARIDADE NOS MODELOS DA GRAVIDADE DO DIAGNÓSTICO E DA FREQUÊNCIA DAS AUTOLESÕES

Nota: os modelos do impacto da autoestima e do impacto da idade não apresentaram multicolinearidade. Os seus valores de tolerância foram superiores a 0.1 e o VIF inferior a 10 (330).

1 - MULTICOLINEARIDADE NO MODELO SOBRE O EFEITO DA IMPULSIVIDADE, AUTOESTIMA, RAIVA E SINTOMATOLOGIA GERAL NA GRAVIDADE DO DIAGNÓSTICO BORDERLINE

Análise 1 da multicolinearidade entre as variáveis em estudo.

Multicolinearidade (1ª análise)							
Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	-12,287	8,591		-1,430	,163		
IGS	-,392	,366	-,221	-1,071	,293	,540	1,851
Impulsividade Total	,043	,026	,356	1,632	,113	,484	2,066
Auto estima	-,033	,044	-,135	-,744	,463	,699	1,430
REstado	,046	,145	,054	,314	,755	,793	1,261
RTraço	-,002	,178	-,009	-,011	,992	,030	33,838
RTemperamento	-,089	,248	-,216	-,358	,723	,063	15,800
RReação	-,128	,203	-,295	-,627	,536	,104	9,620
RDentro	-,967	,514	-3,085	-1,882	,070	,009	116,466
RFora	-,881	,514	-3,251	-1,714	,097	,006	155,890
RControlo	,997	,501	4,269	1,990	,056	,005	199,453
RExpressão	1,017	,504	8,131	2,018	,053	,001	703,551

a. Variável dependente: Gravidade do diagn Borderline

Nota: RReação-reação de raiva; RDentro-raiva para dentro; RFora-Raiva para fora; RControlo-controlo da raiva; RExpressão-Expressão da raiva; RTemperamento-Temperamento de raiva; RTraço-traço de raiva; REstado-raiva estado; IGS do SCL90.

Análise 2 da multicolinearidade entre as variáveis em estudo.

Multicolinearidade (2º análise)							
Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	4,112	2,930		1,403	,171		
IGS	-,279	,379	-,158	-,736	,468	,553	1,808
Impulsividade Total	,025	,026	,208	,963	,343	,546	1,832
Auto estima	-,045	,046	-,183	-,968	,341	,711	1,406
REstado	,051	,152	,060	,337	,738	,793	1,261
1 RTraço	-,154	,169	-,767	-,914	,368	,036	27,728
RRTemperamento	,152	,228	,371	,667	,510	,082	12,135
RReação	,031	,197	,071	,157	,877	,122	8,189
RDentro	,064	,058	,204	1,099	,280	,737	1,357
RFora	,143	,086	,527	1,653	,109	,250	4,001
RControlo	-,008	,059	-,033	-,132	,896	,401	2,495

a. Variável dependente: Gravidade do diagn Borderline

Nota: RReação-reação de raiva; RDentro-raiva para dentro; RFora-Raiva para fora; RControlo-controlo da raiva; RTemperamento-Temperamento de raiva; RTraço-traço de raiva; REstado-raiva estado; IGS do SCL90.

Tabela final da multicolinearidade entre as variáveis em estudo.

Multicolinearidade (3º análise)							
Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	4,343	2,911		1,492	,146		
IGS	-,358	,368	-,202	-,971	,339	,583	1,715
Impulsividade Total	,030	,025	,253	1,204	,238	,575	1,738
Autoestima	-,038	,045	-,156	-,837	,409	,730	1,371
1 REstado	,042	,152	,050	,279	,782	,797	1,255
RTemperamento	-,032	,107	-,078	-,298	,767	,375	2,667
RReação	-,126	,096	-,292	-1,317	,197	,513	1,949
RDentro	,055	,057	,175	,960	,344	,759	1,318
RFora	,116	,081	,428	1,431	,162	,282	3,541
RControlo	-,018	,058	-,077	-,313	,757	,416	2,405

a. Variável dependente: Gravidade do diagn Borderline

Nota: RReação-reação de raiva; RDentro-raiva para dentro; RFora-Raiva para fora; RControlo-controlo da raiva; RTemperamento-Temperamento de raiva; REstado-raiva estado; IGS do SCL90.

2 – MULTICOLINEARIDADE NO MODELO SOBRE O IMPACTO DAS VARIÁVEIS SOBRE A AUTOLESÃO PARA O GRUPO BCA

Tabela Análise 1 da multicolinearidade entre as variáveis em estudo para o grupo BCA.

		Multicolinearidade		Coefficients ^a			
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics
		B	Std. Error	Beta			Tolerance VIF
1	(Constant)	40,755	15,135		2,693	,036	
	IGS	-,198	,518	-,087	-,383	,715	,384 2,603
	Impulsividade Total	,027	,047	,191	,579	,583	,182 5,481
	Autoestima	,088	,109	,213	,810	,449	,287 3,480
	Raiva Estado	,014	,231	,015	,059	,955	,300 3,338
	Traço de Raiva	-,223	,411	-,867	-,541	,608	,008 129,460
	Temperamento	,391	,641	,771	,610	,564	,012 80,511
	Reação de raiva	,486	,414	,838	1,174	,285	,039 25,671
	Raiva para Dentro	2,094	,952	4,795	2,200	,070	,004 239,639
	Raiva para Fora	1,967	,992	5,755	1,982	,095	,002 425,127
	Controlo da Raiva	-2,100	,891	-7,820	-2,358	,056	,002 554,768
	Expressão da raiva	-2,225	,952	-13,969	-2,337	,058	,001 1.801,882

a. Variável dependente: Autolesão

Nota: IGS Sintomatologia geral do SCL90.

Tabela I2 Análise 2 da multicolinearidade entre as variáveis em estudo para o grupo BCA.

		Multicolinearidade		Coefficients ^a			
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics
		B	Std. Error	Beta			Tolerance VIF
1	(Constant)	6,878	5,578		1,233	,257	
	IGS	-,865	,553	-,380	-1,565	,162	,552 1,813
	Impulsividade Total	,099	,046	,694	2,174	,066	,318 3,141
	Autoestima	,127	,138	,305	,919	,389	,294 3,401
	Raiva Estado	-,068	,293	-,076	-,232	,823	,307 3,262
	Traço de Raiva	,486	,356	1,894	1,367	,214	,017 59,089
	Temperamento	-,792	,503	-1,561	-1,573	,160	,033 30,311
	Reação de Raiva	-,176	,386	-,304	-,456	,662	,073 13,645
	Raiva para Dentro	-,123	,099	-,282	-1,244	,254	,631 1,585
	Raiva para Fora	-,328	,183	-,959	-1,788	,117	,113 8,867
	Controlo da Raiva	-,030	,121	-,113	-,251	,809	,160 6,246

a. Variável dependente: Frequencia_AL

Nota: IGS do SCL90

Tabela I3 Análise 3 da multicolinearidade entre as variáveis em estudo para o grupo BCA.

Multicolinearidade								
Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error				Tolerance	VIF
1	(Constant)	4,654	5,619		,828	,432		
	IGS	-,655	,559	-,288	-1,172	,275	,598	1,673
	Impulsividade Total	,087	,047	,610	1,850	,102	,331	3,025
	Autoestima	,160	,143	,385	1,119	,296	,303	3,295
	Raiva Estado	-,127	,305	-,141	-,418	,687	,313	3,190
	Temperamento	-,206	,278	-,406	-,741	,480	,120	8,366
	Reação de Raiva	,277	,209	,477	1,324	,222	,277	3,607
	Raiva para Dentro	-,122	,104	-,279	-1,167	,277	,631	1,585
	Raiva para Fora	-,185	,159	-,542	-1,167	,277	,167	6,005
	Controlo da Raiva	,070	,101	,261	,692	,509	,254	3,943

a. Variável dependente: Autolesão

Nota: IGS do SCL90

ANEXO VII

MODELOS DE REGRESSÃO

Análises da normalidade, homogeneidade e outliers dos modelos

1 - EFEITO DA AUTOESTIMA NA IMPULSIVIDADE, AUTOESTIMA, RAIVA, E SINTOMATOLOGIA GERAL

Análise da normalidade das variáveis em estudo no grupo BSA.

Normalidade						
Variable	min	max	skew	c.r.	Kurtosis	c.r.
Autoestima	15,000	33,000	,548	1,074	-,109	-,107
REstado	10,000	13,000	1,006	1,971	-,152	-,149
RDentro	11,000	25,000	-,325	-,635	-,770	-,754
RFora	11,000	29,000	,534	1,046	,574	,562
RControlo	10,000	28,000	1,216	2,381	1,618	1,584
IGS	,690	3,200	-,057	-,112	-,686	-,672
RReação	6,000	16,000	-,198	-,387	-,710	-,695
RTemperamento	5,000	16,000	,535	1,047	-,535	-,524
RTraço	16,000	40,000	,685	1,341	,451	,442
RExpressão	13,000	52,000	-1,052	-2,060	1,414	1,384
Impulsividade Total	54,000	92,000	,254	,496	-,389	-,381
Multivariate					5,139	,672

Nota: RReação-reação de raiva; RDentro-raiva para dentro; RFora-Raiva para fora; RControlo-controlo da raiva; RExpressão-Expressão da raiva; RTemperamento-Temperamento de raiva; RTraço-traço de raiva; REstado-raiva estado; IGS do SCL90.

Análise da normalidade das variáveis em estudo no grupo BCA.

Normalidade						
Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
Autoestima	10,000	27,000	,542	,939	,661	,573
REstado	10,000	18,000	2,623	4,543	7,013	6,074
RDentro	12,000	27,000	-,028	-,049	-,483	-,419
RFora	11,000	28,000	,222	,384	-,598	-,518
RControlo	8,000	30,000	,374	,648	-,639	-,554
IGS	,210	3,460	-,338	-,585	,489	,423
RReação	6,000	16,000	,028	,048	-,689	-,596
RTemperamento	4,000	14,000	-,154	-,267	-1,125	-,974
RTraço	13,000	38,000	,006	,010	-,517	-,448
RExpressão	15,000	54,000	-,049	-,084	-,546	-,473
Impulsividade Total	55,000	93,000	,376	,650	-1,087	-,941
Multivariate					8,006	,927

Nota: RReação-reação de raiva; RDentro-raiva para dentro; RFora-Raiva para fora; RControlo-controlo da raiva; RExpressão-Expressão da raiva; RTemperamento-Temperamento de raiva; RTraço-traço de raiva; REstado-raiva estado; IGS do SCL90.

Análise dos outliers no grupo BSA.

Outliers (Mahalanobis d-squared)			
Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
17	18,871	,092	,890
12	17,460	,133	,830
10	16,271	,179	,807
18	15,955	,193	,675
2	15,623	,209	,543
9	15,450	,218	,385
15	14,949	,244	,322
14	14,920	,246	,183
3	14,781	,254	,104
7	14,019	,299	,119
1	12,870	,379	,219
5	12,214	,429	,243
4	10,480	,574	,620
19	10,358	,585	,496
11	10,192	,599	,385
6	10,138	,604	,249
8	9,637	,648	,246
16	9,446	,664	,164
23	8,213	,768	,356
13	6,745	,874	,672
22	6,692	,877	,451
21	5,686	,931	,523
20	5,031	,957	,363

Análise dos outliers no grupo BCA.

Outliers (Mahalanobis d-squared)			
Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
3	16,855	,155	,952
4	16,346	,176	,851
7	16,279	,179	,649
9	15,556	,212	,551
2	14,838	,250	,483
12	14,629	,262	,326
11	14,497	,270	,189
6	14,443	,273	,090
5	13,205	,354	,148
8	12,322	,420	,177
13	11,655	,474	,176
15	10,590	,564	,265
14	10,484	,574	,150
10	8,655	,732	,449
1	7,747	,805	,521
18	7,557	,819	,341
17	7,292	,838	,185
16	3,052	,995	,916

2 - EFEITO DA IMPULSIVIDADE, AUTOESTIMA, RAIVA E SINTOMATOLOGIA GERAL NA GRAVIDADE DO DIAGNÓSTICO BORDERLINE

Análise da normalidade das variáveis em estudo no grupo BSA.

Variable	Normalidade					
	min	Max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
IGS	,690	3,200	-,057	-,112	-,686	-,672
Autoestima	15,000	33,000	,548	1,074	-,109	-,107
REstado	10,000	13,000	1,006	1,971	-,152	-,149
RControlo	10,000	28,000	1,216	2,381	1,618	1,584
RFora	11,000	29,000	,534	1,046	,574	,562
RDentro	11,000	25,000	-,325	-,635	-,770	-,754
RReação	6,000	16,000	-,198	-,387	-,710	-,695
RTemperamento	5,000	16,000	,535	1,047	-,535	-,524
Impulsividade Total	54,000	92,000	,254	,496	-,389	-,381
Gravidadediagnostico	5,000	9,000	,243	,476	-,880	-,861
Multivariate					8,355	1,293

Nota: RReação-reação de raiva; RDentro-raiva para dentro; RFora-Raiva para fora; RControlo-controlo da raiva; RTemperamento-Temperamento de raiva; REstado-raiva estado; IGS do SCL90.

Análise da normalidade das variáveis em estudo no grupo BCA

Variable	Normalidade					
	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
IGS	,210	3,460	-,338	-,585	,489	,423
Autoestima	10,000	27,000	,542	,939	,661	,573
REstado	10,000	18,000	2,623	4,543	7,013	6,074
RControlo	8,000	30,000	,374	,648	-,639	-,554
RFora	11,000	28,000	,222	,384	-,598	-,518
RDentro	12,000	27,000	-,028	-,049	-,483	-,419
RReação	6,000	16,000	,028	,048	-,689	-,596
RTemperamento	4,000	14,000	-,154	-,267	-1,125	-,974
Impulsividade Total	55,000	93,000	,376	,650	-1,087	-,941
Gravidadediagnostico	5,000	8,000	-,159	-,276	-1,323	-1,146
Multivariate					7,673	1,051

Nota: RReação-reação de raiva; RDentro-raiva para dentro; RFora-Raiva para fora; RControlo-controlo da raiva; RTemperamento-Temperamento de raiva; REstado-raiva estado; IGS do SCL90.

Análise dos outliers no grupo BSA.

Outliers (Mahalanobis d-squared)			
Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
17	17,938	,056	,734
12	17,438	,065	,448
10	15,450	,116	,512
14	13,306	,207	,731
9	13,285	,208	,538
18	12,914	,229	,434
3	12,745	,238	,298
15	12,689	,242	,170
7	11,278	,336	,360
2	10,788	,374	,345
5	10,768	,376	,211
4	9,898	,449	,312
19	9,488	,486	,292
16	9,238	,510	,230
6	9,033	,529	,165
1	8,574	,573	,164
11	8,299	,600	,123
8	7,946	,634	,101
13	6,705	,753	,294
23	5,456	,859	,587
22	3,307	,973	,977
20	2,791	,986	,959
21	,667	1,000	,999

Análise dos outliers no grupo BCA.

Outliers (Mahalanobis d-squared)			
Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
3	15,902	,102	,857
9	15,091	,129	,694
7	14,882	,136	,453
6	14,343	,158	,314
5	13,204	,213	,332
11	13,078	,219	,185
4	11,262	,337	,406
13	10,871	,368	,327
8	9,958	,444	,403
12	9,638	,473	,320
2	9,495	,486	,204
14	8,693	,562	,257
10	8,491	,581	,165
1	7,663	,662	,218
18	5,542	,852	,730
17	5,182	,879	,624
15	4,763	,906	,488
16	1,946	,997	,943

3 - ANÁLISE DO IMPACTO DAS VARIÁVEIS SOBRE A AUTOLESÃO PARA O GRUPO BCA

Tabela I4 Análise da normalidade das variáveis em estudo para o grupo BCA.

Normalidade						
Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
IGS	,210	3,460	-,338	-,585	,489	,423
RExpressão	15,000	54,000	-,049	-,084	-,546	-,473
RControlo	8,000	30,000	,374	,648	-,639	-,554
RFora	11,000	28,000	,222	,384	-,598	-,518
RDentro	12,000	27,000	-,028	-,049	-,483	-,419
RReação	6,000	16,000	,028	,048	-,689	-,596
RTemperamento	4,000	14,000	-,154	-,267	-1,125	-,974
RTraço	13,000	38,000	,006	,010	-,517	-,448
REstado	10,000	18,000	2,623	4,543	7,013	6,074
Autoestima	10,000	27,000	,542	,939	,661	,573
Impulsividade Total	55,000	93,000	,376	,650	-1,087	-,941
Autolesões	5,000	10,000	-,151	-,261	-1,231	-1,066
Multivariate					6,216	,719

Nota: RReação-reação de raiva; RDentro-raiva para dentro; RFora-Raiva para fora; RControlo-controlo da raiva; RExpressão-Expressão da raiva; RTemperamento-Temperamento de raiva; RTraço-traço de raiva; REstado-raiva estado.

Tabela I5 Análise dos outliers no grupo BCA.

Outliers (Mahalanobis d-squared)			
Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
3	16,490	,170	,965
7	16,177	,183	,868
4	16,134	,185	,674
9	15,057	,238	,653
2	14,740	,256	,505
18	14,556	,267	,341
6	13,975	,302	,286
15	13,783	,315	,175
12	13,043	,366	,174
5	12,671	,393	,122
11	11,388	,496	,230
8	11,346	,500	,118
13	10,204	,598	,204
14	9,694	,643	,172
10	8,437	,750	,306
17	7,633	,813	,319
1	7,450	,827	,155
16	3,222	,994	,894

ANEXO VIII

MODELO DE REGRESSÃO ADICIONAL

1 - EFEITO DA IDADE NA IMPULSIVIDADE, AUTOESTIMA, RAIVA E SINTOMATOLOGIA (IGS)

Análise da normalidade das variáveis em estudo no grupo BSA.

Medidas de assimetria e curtose sobre a variável sob estudo						
Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
Idade	24,000	49,000	-,222	-,434	-,977	-,957
RReação	6,000	16,000	-,198	-,387	-,710	-,695
RDentro	11,000	25,000	-,325	-,635	-,770	-,754
RFora	11,000	29,000	,534	1,046	,574	,562
RControlo	10,000	28,000	1,216	2,381	1,618	1,584
RExpressão	13,000	52,000	-1,052	-2,060	1,414	1,384
RTemperamento	5,000	16,000	,535	1,047	-,535	-,524
RTraço	16,000	40,000	,685	1,341	,451	,442
REstado	10,000	13,000	1,006	1,971	-,152	-,149
Autoestima	15,000	33,000	,548	1,074	-,109	-,107
Impulsividade Total	54,000	92,000	,254	,496	-,389	-,381
IGS	,690	3,200	-,057	-,112	-,686	-,672
Multivariate					2,982	,390

Nota: RReação-reação de raiva; RDentro-raiva para dentro; RFora-Raiva para fora; RControlo-controlo da raiva; RExpressão-Expressão da raiva; RTemperamento-Temperamento de raiva; RTraço-traço de raiva; REstado-raiva estado; IGS do SCL90.

Análise da normalidade das variáveis em estudo no grupo BCA.

Medidas de assimetria e curtose sobre a variável sob estudo						
Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
Idade	19,000	49,000	,274	,474	-,480	-,416
RReação	6,000	16,000	,028	,048	-,689	-,596
RDentro	12,000	27,000	-,028	-,049	-,483	-,419
RFora	11,000	28,000	,222	,384	-,598	-,518
RControlo	8,000	30,000	,374	,648	-,639	-,554
RExpressão	15,000	54,000	-,049	-,084	-,546	-,473
RTemperamento	4,000	14,000	-,154	-,267	-1,125	-,974
RTraço	13,000	38,000	,006	,010	-,517	-,448
REstado	10,000	18,000	2,623	4,543	7,013	6,074
Autoestima	10,000	27,000	,542	,939	,661	,573
Impulsividade Total	55,000	93,000	,376	,650	-1,087	-,941
IGS	,210	3,460	-,338	-,585	,489	,423
Multivariate					7,647	,885

Nota: RReação-reação de raiva; RDentro-raiva para dentro; RFora-Raiva para fora; RControlo-controlo da raiva; RExpressão-Expressão da raiva; RTemperamento-Temperamento de raiva; RTraço-traço de raiva; REstado-raiva estado; IGS do SCL90.

Análise dos outliers no grupo BSA.

Outliers (Mahalanobis d-squared)			
Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
17	18,399	,104	,920
9	17,960	,117	,768
12	16,809	,157	,723
2	15,228	,229	,807
3	14,684	,259	,749
10	14,515	,269	,614
23	14,059	,297	,547
7	14,020	,299	,380
15	13,933	,305	,246
1	12,967	,371	,335
18	12,689	,392	,261
6	12,684	,392	,146
14	12,407	,414	,104
5	12,346	,418	,052
19	10,809	,545	,207
11	10,040	,612	,277
8	9,336	,674	,337
21	9,336	,674	,189
16	7,954	,789	,447
22	7,204	,844	,506
4	6,875	,866	,387
13	6,453	,892	,271
20	5,294	,947	,289

Análise dos outliers no grupo BCA.

Outliers (Mahalanobis d-squared)			
Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
3	16,638	,164	,960
4	16,217	,182	,864
7	16,119	,186	,677
11	15,727	,204	,516
2	15,161	,233	,412
9	14,980	,243	,257
6	14,818	,252	,143
8	13,837	,311	,166
12	12,859	,379	,207
5	12,492	,407	,149
13	11,340	,500	,240
14	11,015	,528	,173
1	9,859	,628	,287
10	9,105	,694	,313
17	8,587	,738	,266
18	7,163	,847	,464
15	6,412	,894	,417
16	3,671	,989	,815

ANEXO IX

Respostas às questões da entrevista para as autolesões

BCA	S 12	S 13	S 14	S 15
Porque se autolesiona?	"Por raiva de tudo"	"Desespero"	"Não sei"	"Por sentir medo"
O que desencadeia?	"Raiva imensa"	"Um vazio muito grande"	"Tristeza profunda que surge de repente"	"Ver a foto de minha mãe"
Como costuma fazê-lo?	Cortes nas mãos	Cortes nos braços	Queimaduras	Cortes com lâminas
Outros métodos? Quais?	Não	Não	Não	Não
Imediatamente antes?	"Raiva que não consigo controlar"	"Uma tensão"	"É instantâneo"	"Um impulso"
O que sente durante?	"Raiva"	"Não sei"	"Culpa"	"Anestesia"
Como se sente depois?	"Culpa"	"Culpada"	"Vergonha"	"Algo sai de dentro de mim"
Como pára?	"Quando passa a raiva"	"Não sei"	"Quando percebo o que fiz"	"Quando vejo sangue a sair"
Costuma sentir dor no ato?	Não	Não	Não	Não
Recorrência? Nº?	Sim 5	Sim 9	Sim 6	Sim 9
Hospitalizado pelos atos?	Não	Não	Não	Não
Tem ritual? Qual?	Não	Não	Não	Não
Influência do álcool/drogas?	Não	Não	Não	Não
Tentativas de suicídio?	Sim	Sim	Não	Sim
Frente a alguém?	Não	Não	Não	Não
Contou a alguém?	Não	Sim	Não	Não
Esconde?	"Não dá"	Sim	Sim	Sim
Alguém com autolesão?	Não	Não	Não	Não
Quais as consequências Na sua vida?	Cicatrizes	Cicatrizes e incompreensão	"Vergonha de mim"	Cicatrizes

BCA	S 16	S17	S 18	S 19
Porque se autolesiona?	"Medo de ficar sozinha"	"Raiva de mim; para me castigar; por sentir culpa"	"Raiva do que outros me fazem"	"Sinto um desespero muito grande"
O que desencadeia?	"Indiferença dos outros"	"A raiva e culpa que sinto"	"As discussões"	"Quando discutem comigo"
Como costuma fazê-lo?	Cortes nos braços	Cortes com faca	"Pequenos cortes"	Cortes com facas
Outros métodos? Quais?	Não	Bater nela própria	Não	Não
Imediatamente antes?	Não sei, é tão rápido"	"Tensão muito grande"	"Muita raiva"	"Pressão tão grande"
O que sente durante?	"Angústia muito grande"	"Raiva"	"Mais raiva"	"Tristeza pelo que sou"
Como se sente depois?	"Um nojo"	"Um alívio"	"Muito melhor, aliviada"	"Vergonha"
Como pára?	"Não sei"	"Não consigo"	"Quando me agarram"	"Por cansaço"
Costuma sentir dor no ato?	Sim	Sim	"Não me apercebo"	Sim
Recorrência? Nº?	Sim 6	Sim 6	Sim 7	Sim 8
Hospitalizado pelos atos?	Não	Não	Não	Não
Tem ritual? Qual?	Não	Não	Não	Não
Influência do álcool/drogas?	Não	Não	Não	Não
Tentativas de suicídio?	Sim	Sim	Sim	Sim
Frente a alguém?	Não	Não	"Sempre"	"Nunca"
Contou a alguém?	Não	Não	Não responde	Sim
Esconde?	Sim	Sim	Não	Não
Alguém com autolesão?	Não	Não	Não	Não
Quais as consequências na vida?	Cicatrizes	Culpabilidade	Não responde	Reações negativas

BCA	S 20	S 21	S 22	S 27
Porque se autolesiona?	"Quando estou desesperado"	"Quando tenho raiva dos outros"	"Pela irritação que sinto"	"Castigar outros, livrar da raiva"
O que desencadeia?	"Medo de ficar sozinho"	"Não poder bater nos outros"	"As discussões, a raiva"	"Ruminação nalguns assuntos"
Como costuma fazê-lo?	Cortes nos braços	Cortes	Cortes	Cortes nos braços
Outros métodos? Quais?	Não	Arranhões na cara	Não	Não
Imediatamente antes?	"Um buraco dentro de mim, negro, vazio"	"Raiva tão grande"	"Tensão"	"Impulso de raiva"
O que sente durante?	"Não sei se sinto alguma coisa"	"Descarregar a raiva"	"Alívio"	"Alívio"
Como se sente depois?	"Culpa"	"Alívio muito grande"	"Nada"	"Alívio"
Como pára?	"Não sei, dou por mim quando já terminou"	"Não consigo"	"Não sou capaz de controlar"	"Não consigo"
Costuma sentir dor no ato?	Sim	Não	Não	Não
Recorrência? Nº?	Sim 8	Sim 5	Sim 8	Sim 5
Hospitalizado pelos atos?	Não	Não	Não	Não
Tem ritual? Qual?	Não	Não	Não	Não
Influência do álcool/drogas?	Não	Não	Não	Não
Tentativas de suicídio?	Sim	Sim	Sim	Sim
Frente a alguém?	Não	Não	Não	Sim
Contou a alguém?	Não	Não	Não	"Não, mas perceberam"
Esconde? Como?	Sim	Não	Sim	Sim
Alguém com autolesão?	Não	Não	Não	Não
Quais as consequências na vida?	Cicatrizes	"Não tenho"	"Nenhumas"	Cicatrizes, outros afastam-se

BCA	S 30	S 31	S 32	S 33
Porque se autolesiona?	"Para não pensar no suicídio"	"Esvaziar a raiva"	Não sabe	"Em momentos de fúria"
O que desencadeia?	"Sentir um vazio que não consigo explicar"	Discussão	Sentimento de vazio	Fúria inesperada
Como costuma fazê-lo?	Cortes nas pernas	Cortes com vidros	Cortes nos braços, ombros, pernas com lâminas	Cortes
Outros métodos? Quais?	Queimaduras	Não	Queimaduras com cigarros	Arranhões (pernas e cara) e puxar os cabelos
Imediatamente antes?	"Raiva"	"Raiva"	"Impulso"	Fúria e tristeza
O que sente durante?	"Raiva"	"Alívio, sinto a raiva a desaparecer"	"Euforia"	"Fúria a sair"
Como se sente depois?	"Culpa por ser assim"	"Muito cansaço"	"Calma"	"Paz comigo mesma"
Como pára?	"Não sei parar"	"Pelo cansaço ou param-me"	"Quando passa a euforia"	"Agarram-me"
Costuma sentir dor no ato?	Não	"Não porque na altura sinto é a raiva a sair"	Não	Não
Recorrência? Nº?	Sim 10	Sim 9	Sim 7	Sim 9
Hospitalizado pelos atos?	Não	Não	Sim	Não
Tem ritual? Qual?	Não	Não	Não	Não
Influência do álcool/drogas?	Não	Não	Não	Não
Tentativas de suicídio?	Sim	Sim	Sim	Sim
Frente a alguém?	Não	"Sempre"	Não	Sim
Contou a alguém?	Não	Não	Sim	Não
Esconde? Como?	Sim	Não	Não	Sim
Alguém com autolesão?	Não	Não	Não	Não
Quais as consequências na vida?	"Confirmação de que não presto"	Cicatrizes	Cicatrizes, desemprego	Cicatrizes, falta de compreensão

BCA	S34	S 35
Porque se autolesiona?	"Deitar fora o que não presta"	"Fazer sair as coisas más"
O que desencadeia?	Não sabe	"Sentir que não presto"
Como costuma fazê-lo?	Cortes	Cortes com Lâminas
Outros métodos? Quais?	Não	Não
Imediatamente antes?	"Tensão"	"Pressão tão má"
O que sente durante?	Não se apercebe	"Não sei"
Como se sente depois?	Culpa	"Culpada pelo que fiz"
Como pára?	"Quando sinto...nada"	"Não sei como mas paro"
Costuma sentir dor no ato?	Às vezes	"Não sei o que sinto"
Recorrência? Nº?	Sim 8	Sim 10
Hospitalizado pelos atos?	Não	Não
Tem ritual? Qual?	Não	Não
Influência do álcool/drogas?	Não	Não
Tentativas de suicídio?	Não	Sim
Frente a alguém?	Não	"Nunca"
Contou a alguém?	Não	Não
Esconde? Como?	Não	Sim
Alguém com autolesão?	Não	Não
Quais as consequências na vida?	Cicatrizes, culpabilidade	"Culpa pelo que faço"

Nota: Cada sujeito está identificado com o número de entrada na base de dados, como exemplo, S12 corresponde ao sujeito 12 da base de dados geral.

5/18/2018

Self-Esteem and Anger in Borderline Patients With Self-Injur... : The Journal of Nervous and Mental Disease

Self-Esteem and Anger in Borderline Patients With Self-Injury Behavior

Almeida, Carla, Maria, PSYD; Horta, Maria, Purificação, MD, PhD

The Journal of Nervous and Mental Disease: April 2018 - Volume 206 - Issue 4 - p 251-257

doi: 10.1097/NMD.0000000000000786

Original Articles

Abstract Author Information

Anger and low self-esteem characterize borderline individuals, yet little is known about their role and impact in the presence or absence of self-injury behavior. The present study aimed to investigate the impact of anger and self-esteem in borderline patients and whether these variables distinguish these patients with and without self-injury. Patients were recruited from a psychiatric service and were evaluated for self-esteem and anger. Additionally, impulsivity and symptoms were assessed. Two groups were compared, one with self-injurious behavior ($n = 18$) and another one without it ($n = 23$). Those who injure themselves seem to have a lower self-esteem ($p < 0.001$), yet the strengthening of self-esteem seems to have different outcomes, according to the presence or absence of self-injury. Anger and self-esteem seem to influence the severity of diagnosis, but only in patients who self-injure. Anger and self-esteem may influence borderline patients differently according to the presence or absence of self-injury.

Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Avenida Professor Egas Moniz, Lisboa, Portugal.

Send reprint requests to Carla Maria Almeida, PSYD, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Avenida Professor Egas Moniz, 1649-028 Lisboa, Portugal. E-mail: cmalmeida@medicina.ulisboa.pt.

Copyright © 2018 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

ANEXO XI

Nota: Este modelo integra várias variáveis que poderão contribuir para a explicação do comportamento autolesivo na personalidade borderline. A sua construção baseou-se nos dados descritos na literatura e integra o modelo da vinculação, o modelo da sensibilidade à rejeição, dos mecanismos de defesa, da percepção da negatividade, da negative urgency, entre outros dados. Este modelo serve apenas como hipótese explicativa e orientadora da discussão dos dados obtidos.

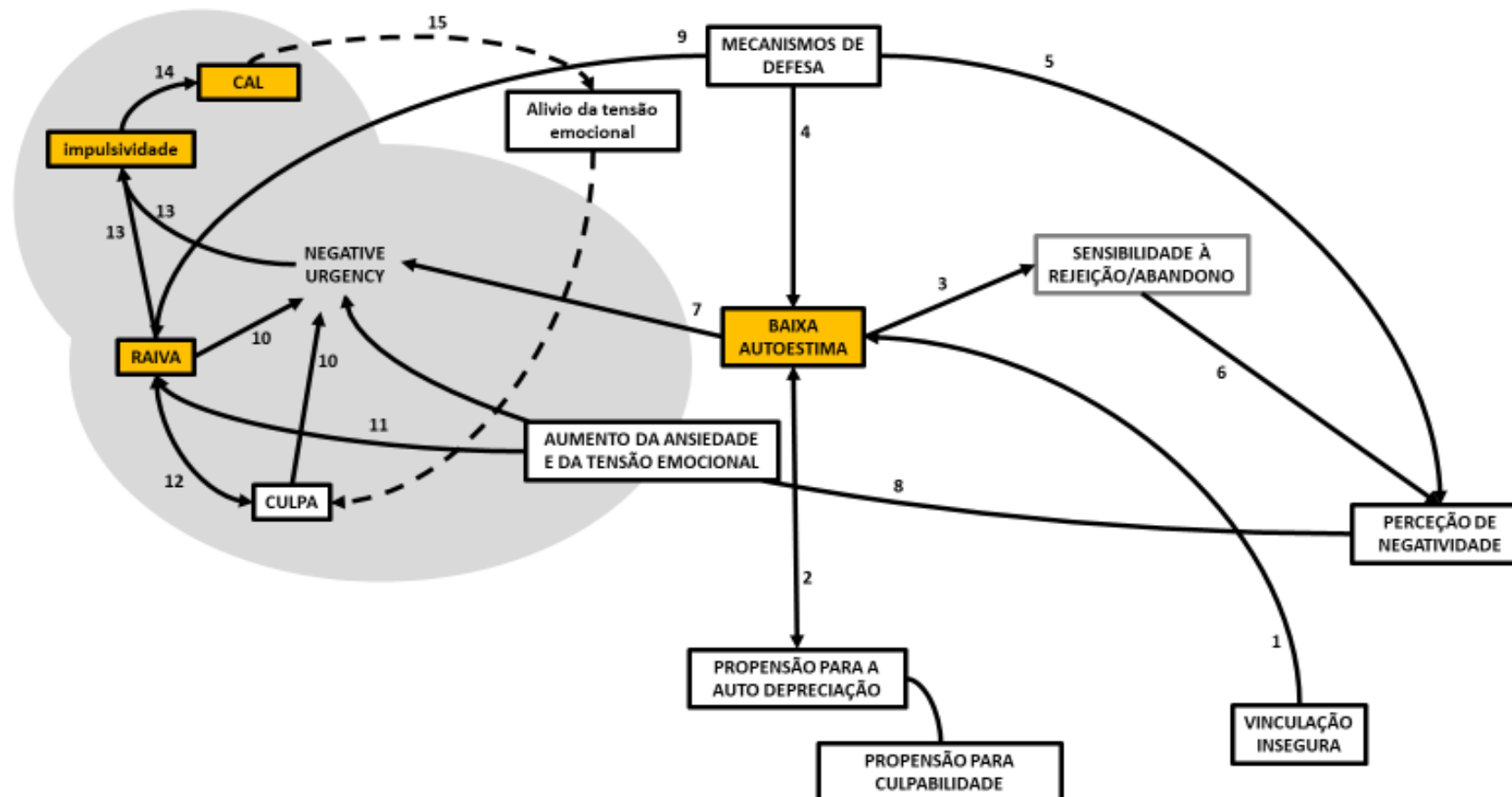


Figura 2. Modelo do comportamento autolesivo na personalidade borderline

Legenda

- 1- A vinculação insegura pode levar à baixa autoestima (140,143).
- 2- Ter baixa autoestima pode ser uma vulnerabilidade para a autoavaliação negativa (143) e levar à culpabilidade e autodepreciação (339).
Estas características poderão baixar ainda mais a autoestima.
- 3- A baixa autoestima leva à sensibilidade acentuada à rejeição (80,81,140,157), característica da PB (115).
- 4- Os mecanismos de defesa protegem a autoestima (146) e influenciam-na, por exemplo, mantendo ou aumentando-a (147).
- 5- Os mecanismos de defesa influenciam a forma como se percebe (146).
- 6- A sensibilidade à rejeição poderá aumentar a percepção de negatividade (ligação que poderá ocorrer através dos mecanismos de defesa) (146).
- 7- A percepção de fraco valor (baixa autoestima) poderá levar ao aumento da tensão interna (156).
- 8- A percepção de rejeição parece levar ao aumento da ansiedade e da tensão emocional interna (81)
- 9- Os mecanismos de defesa influenciam a vivência e a expressão da raiva (222).
- 10- A “negative urgency” (tensão interna negativa) é caracterizada por raiva, culpa (347).
- 11- A raiva é precedida pela ansiedade (87) e a combinação das duas pode despoletar a impulsividade (358).
- 12- A raiva pode ser transformada em culpa (219) e a culpa aumentar a raiva (340)
- 13- A “negative urgency” parece facilitar o agir impulsivo (347) e o CAL ocorre após esta tensão (355). A raiva leva à impulsividade em presença da “negative urgency” (358).
- 14- O aumento da tensão pode levar ao CAL (156).
- 15-CAL para alívio da tensão (158) e posteriormente pode levar à culpabilidade.